Nr. 16. 20. kwietnia 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan ROSS. Lwów.

Kilka uwag o okresie przekwitania.

Z Oddz. położniczo-ginekolog. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. Adam Sołowij.

Różnorodność objawów, jakie spotykamy w okresie przekwitania i rozpatrywanie tychże z różnego punktu widzenia nie pozwala na bardziej wyczerpujące przedstawienie tego zagadnienia w ramach niniejszego artykułu, lecz zmusza nas do ograniczenia się do pewnych spostrzeżeń, jakie poczyniliśmy u kobiet z okresu przekwitania w ciągu ostatnich dwóch lat. Obserwacja nasza rozciąga się na przypadki z menopauzą naturalną, leczone w przychodni, z drugiej strony poddaliśmy obserwacji przypadki, w których moglibyśmy się liczyć z objawami sztucznej menopauzy, po operacjach z wycięciem macicy i jajników. Krótkie sprawozdanie, gdy idzie o grupę pierwszą, niema na celu objąć całokształtu tego zagadnienia, lecz zwrócić uwagę na pewne szczegóły, które dla oceny klinicznej bądź postępowania leczniczego mogły przedstawiać pewną wartość. Mianowicie zwróciliśmy uwagę na stronę konstytucji, staraliśmy się w poszczególnych przypadkach doszukać się pewnych cech, któreby mogły się złożyć na pewien wspólny obraz różnorodnych dolegliwości. Z drugiej strony skierowaliśmy naszą uwagę w kierunku znalezienia zaburzeń, któreby przemawiały za zwichnięciem równowagi w układzie gruczołów dokrewnych, w którym ubytek nagły lub powolny czynności jajnika mniej lub więcej wyraźnie się zaznacza. Starania nasze w tym kierunku nie zmierzały do opracowania dostępnego nam materjału we formie procentowej statystyki, lecz zdążały do dania odpowiedzi na pytanie, czy znajdzie się jaki punkt zaczepny do stwierdzenia, że czynnik konstytucji i zaburzenia gruczołów dokrewnych w zespole objawów w naszych przypadkach odegrał pewną rolę?

W 35 przyp. menopauzy naturalnej występowały na 1-szy plan zaburzenia naczynioruchowe w około 80%, cechujące się uderzeniem krwi do głowy, potami, zawrotami, bólami głowy, senzacjami w okolicy serca, jak bicie serca, uczucie ucisku, — bóle w krzyżach, nawykowe zaparcia, zaburzenia czucia w postaci parestezji występowały rzadziej. Co się tyczy krwawień, to te występowały najczęściej jako krwawienia nieregularne, ze zaznaczonemi krótszemi lub dłuższemi przerwami — regularne miesiączki oraz uporczywe krwawienia zdarzały się rzadziej. Należy podnieść fakt, że w przypadkach krwawień obfitych objawy naczyniowe były słabsze, a o ile te poprzednio występowały, to w okresie wzmożonego krwawienia cofały się. Co się tyczy zaburzeń naczyniowych, to przyczynę tychże przeważna część badaczy (Christofoletti, Adler) widzi w zwiększeniu napięcia układu sympatycznego, który ma się znajdować pod wpływem wzmożonego działania przysadki i nadnercza. Wyrazem tej sympatikotonji jest zmniejszona tolerancja cukru we krwi po podaniu adrenaliny (Guggisberg). Przewaga wydzielnicza nadnercza, zdanie Schickele'go, manifestuje się już w objawach klinicznych, gdzie rozróżnia trzy główne cechy: otłuszczenie, czerwoność twarzy, wzmożone parcie krwi, w przeciwieństwie do choroby Addisona, gdzie występuje bladość twarzy, spadek ciśnienia, wychudzenie. Z drugiej strony wyniki dodatnie w leczeniu zmiękłnienia kości zastrzykami z przysadki i nadnercza pozwalają nam na przyjęcie pewnego związku między jajnikiem a układem przysadki i nadnercza, który ma pozostawać w związku antagonistycznym. Podwyższenie napięcia układu współczulnego odnoszą niektórzy do zaburzeń w przemianie wapnia i potasu (Ca i K). Szereg autorów jak Adler, Rittman, Kylin stwierdzili zmniejszenie się ilości wapnia we krwi, co ma sprowadzać nadwrażliwość tego układu.

Co się tyczy zależności objawów okresu przekwitania od innych gruczołów dokrewnych, to z obserwacyj naszych przypadków mogliśmy stwierdzić objawy, które przemawiały za wpływem tarczycy, bądź to w znaczeniu niedomogi, bądź też nadczynności. I tak w dwóch przypadkach mogliśmy stwierdzić wyraźne cechy niedomogi tarczycy. U kobiet tych, z których jedna od półtora roku nie miesiączkowała, druga skąpo z dłuższemi przerwami, mogliśmy stwierdzić obok znacznego otłuszczenia, zaparcia stolca, zgrubienie rysów twarzy i suchość skóry, objawy przemawiające za niedomogą tarczycy. Szereg autorów, Curschmann, Deusch, z polskich Gluziński, zwraca uwagę na ten stan myxoedematyczny w okresie przekwitania. Zdaniem Gluzińskiego zmian okresu przekwitania nie należy odnieść tylko do zaburzeń w narządzie rodnym, lecz należy wziąć pod uwagę skutki, jakie może wywrzeć ubytek czynności jajnika na inne gruczoły dokrewne. Ubytek czynnościowy jajnika może zaznaczać się wpływem pobudzającym lub hamującym na inne gruczoły dokrewne, w tym wypadku tarczycy. Leczenie preparatami tarczycy w takich stanach zdaniem Gluzińskiego sprowadza poprawę, co też mogliśmy stwierdzić w naszych obu przypadkach. W czterech przypadkach mogliśmy zauważyć nadczynność tarczycy, gdzie obok nawałów krwi do głowy, stwierdzić mogliśmy tachykardję, łatwość pocenia się, biegunki naprzemian z zaparciem oraz pewien niepokój nerwowy. Objawy te wystąpiły w trzech przypadkach od chwili ustania miesiączki, w czwartym przypadku regularne miesiączki były przerywane obfitemi krwawieniami. W jednym tylko przypadku zaznaczył się wytrzeszcz gałek ocznych; w żadnym przypadku powiększenia tarczycy nie zauważono. Stany z nadczynnością tarczycy zdaniem Wiesel'a często występują w tym okresie przejściowym kobiety.

Co się tyczy kwestji konstytucji, to spostrzeżenia nasze w tym kierunku pozwoliły również na pewne wyodrębnienie niektórych objawów, które można było odnieść jako charakterystyczne dla danego typu. Udawało się nam niekiedy, uwzględniając podłoże somatyczne, niejako przewidywać dolegliwości u kobiet, gdzie obraz cech konstytucjonalnych był wyraźny. Z typów konstytucjonalnych zwróciliśmy uwagę w pierwszym rzędzie na typ asteniczny (typus asthenico-ptoticus Stiller-Glenard) i typ międzypłciowy (typus intersexualis Goldschmidt, „Mannweib" Aschnera). Co się tyczy pierwszego typu, to cechą jego jest wiotkość i opadnięcie wszystkich tkanek i narządów. Opadnięcie jelit jest tylko jedną z cech całego zespołu objawów, które cechuje wiotkość i łatwość nużenia się. Opadnięte są rysy twarzy, żebra, wiotkość naczyń sprowadza zastój żylny, stąd żylaki, guzy krwawnicze, przekrwienie narządu rodnego, obrzęki na nogach, płaska stopa, zwiększona pobudliwość naczyń i układu nerwowego.

Co się tyczy drugiego typu, to znamionuje go domieszanie cech trzeciorzędnych męskich w budowie kośćca, rozmieszczeniu tłuszczu i owłosieniu poza zmianami niedomogi w narządzie rodnym. Ciekawem zjawiskiem jest fakt, że cechy te, o ile były słabo zaznaczone, niejako zamaskowane, to często w okresie przekwitania wyraźnie występowały na jaw. Zewnętrzny wygląd tych kobiet w okresie przejściowym ulegał zasadniczym zmianom. Do cech męskich mniej lub więcej wyraźnych, dołączało się owłosienie na udach i innych częściach ciała, na brodzie, policzkach, wybitne usadowienie się tłuszczu w górnej części brzucha, przez co męskość zaznaczała się wyraźniej. Kobiety te, które dawniej cierpiały na dolegliwości w czasie miesiączki lub na inne zaburzenia pozostające w związku z niedorozwojem narządu rodnego, stanowią przeważny kontygent kobiet, u których dolegliwości w okresie przekwitania są bardzo przykre. W typie tym częściej występują wszelkiego rodzaju zaburzenia naczyniowe, nerwowe, bezsenność i stany podniecenia, podczas gdy kobiety o typie astenicznym raczej uskarżają się na wszelkiego rodzaju bóle w jamie brzusznej, wzdęcia, bóle w krzyżach, nóg, zaparcia stolca. Co się tyczy pełnowartościowego typu kobiety, który wedle Kretschmera nosi miano „pycnicus", według Mathesa „typ młodzieńczy-Jugendform", wedle Aschne'ra „Vollweib", to zaburzenia okresu przekwitania u kobiet tego typu są najrzadsze i nie przedstawiają zbytniego zainteresowania. Również objawy dla typu hypoplastycznego nie dają się wyodrębnić w pewien charakterystyczny zespół.

Gdy uwzględni się fakt, że istnieje ścisły związek między osobowością cielesną a psychiczną (Kretschmer), to uwaga nowoczesnego lekarza winna uwzględniać moment psychiczny

w ocenie klinicznej i w postępowaniu leczniczem. Postępowanie lekarza, który mając przed sobą n. p. typ asteniczny, takie dolegliwości, jak bóle w krzyżach lub dołem brzucha, będzie odnosił jedynie tylko do zmian w narządzie rodnym mniej lub więcej wyraźnie zaznaczonych, nie będzie słuszne. Postępy, jakie czyni nauka o konstytucji, świadomość dużej zależności czynności poszczególnych narządów od gruczołów dokrewnych i układu współczulnego, utrwala nas w przekonaniu, że okres patologji poszczególnych narządów tak świetnie postawiony przez Virchowa minął. Zamykanie się w ciasnych granicach danej specjalności nie może wystarczyć. Na dolegliwości danego narządu winno się patrzeć z tendencją do zdawania sobie sprawy z całości zjawisk, toczących się w organizmie.

W uzupełnieniu spostrzeżeń z menopauzy naturalnej chciałbym podać niektóre szczegóły z obserwacyj, poczynionych w klimakterjum sztucznem, wywołanem przez usunięcie jajników w drodze operacyjnej. Kwestją tą zajmowali się dokładnie dawniejsi autorowie jak Glaewecke, Werth, którzy w tej dziedzinie zostawili wyczerpujące publikacje. Dzisiejsi autorowie zajmują się tą sprawą głównie w związku z trzebieniem czasowem lub trwałem zapomocą Roentgena. W ostatnich pracach Strassmanna, Wintza, głównie została opracowana strona badań przemiany materji i narządu krążenia, tak że dla zorjentowania się w symptomatologji uciec się musimy do prac dawniejszych.

Wedle Glaewecke'go objawy wypadnięcia czynności jajników po ich usunięciu na drodze operacyjnej występują już w czasie od 3 do 7 tygodni po operacji pod postacią nawałów krwi, uczucia omdlewania, ucisku około serca, bólów dołem brzucha i krzyżach. Objawy te, w których zaburzenia naczynioruchowe wybijają sie na pierwsze miejsce dochodzą do największego nasilenia w pierwszym kwartale po ich wystąpieniu, później słabną. Przeciętny czas trwania od półtora do dwóch lat, rzadziej utrzymują się do 2—3 lat. Glaewecke odróżnia w tych objawach objawy przypadające na czas miesiączki, które określa jako molimina menstrualia od objawów, jakie występują w przerwach, a które zalicza do właściwych objawów pokastracyjnych. Zdaniem tego autora molimina menstrualia występują częściej po wycięciu macicy z pozostawieniem jajników, podczas gdy właściwe objawy wypadnięcia wybitniej występują po usunięciu jajników. Keitler na 71 przypadków usunięcia macicy wraz z przydatkami znalazł objawy wypadnięcia w 65% przypadków, podczas gdy na 101 przypadków operacji, gdzie usunięto macicę a pozostawiono jajniki procent wypadnięcia wynosił tylko 41%, a objawy były o wiele słabsze. Autor ten zwraca uwagę na znacznie późniejsze wystąpienie objawów wypadnięcia w przypadkach, gdzie pozostawiono jajniki. Dochodzi do wniosku, że w tych przypadkach przychodzi do zmian wstecznych w jajnikach, które prowadzą do zaniku czynności tychże i objawów kastracyjnych późnych. Zmiany wsteczne w jajnikach tłumaczy gorszem odżywianiem z powodu wyłączenia krążenia przez gałązkę jajnikową tętnicy macicznej, *(ramus ovaricus art. uterinae)*. Badania anatomiczne przeprowadzone przez tego autora nad warunkami krążenia w jajnikach miały potwierdzić jego hipotezę. Znalazł mianowicie szereg przypadków, w których dopływ krwi do jajników odbywał się głównie drogą gałązki jajnikowej *(ramus ovaricus)*.

Kwestja, w jakim stopniu usunięcie macicy wpływa na czynność jajników, czy jajniki bez macicy zachowują swą sprawność czynnościową nadal, czy też ulegają zmianom wstecznym pozostaje do dziś otwarta — zapatrywania w tej dziedzinie są rozbieżne. Pankow stwierdził w przypadkach usunięcia samej tylko macicy zmiany naczynio-ruchowe, troficzne, psychiczne jako wyraz zaniku czynności jajników. Według Lindiga, u kobiet, którym usunięto tylko macicę, można takie same objawy obserwować jak u kastratek. Autor ten znalazł w jajnikach królików, którym wycięto macicę, zwyrodnienie torbielkowate. Meuron 36 przypadków wycięcia samej tylko macicy przeciwstawia takiej samej ilości przypadków wycięcia macicy wraz z jajnikami i nie znajduje różnicy w skutkach pokastracyjnych. Alice Maxwell z materjału 500 przypadków operacji, gdzie wycięto macicę i jajniki lub samą tylko macicę wyciąga wniosek, że tam, gdzie sunięto obydwa jajniki, liczba zmian naczynioruchowych zwłaszcza ciężkich jest większa. Dochodzi do wniosku, że późniejsze występowanie objawów wypadnięcia tam, gdzie pozostawiono jajniki, należy tłumaczyć ich zwyrodnieniem. Do przeciwnych wniosków dochodzi L. Kraus, który w 252 przypadkach wycięcia macicy z pozostawieniem jajników nie stwierdził w żadnym przypadku objawów wypadnięcia ani też hypertonji, na co w ostatnich czasach zwracają uwagę jako na jeden ze skutków po wytrzebieniu. Aschner, zajmujący stanowisko najbardziej krańcowe, widzi przyczynę objawów wypadnięcia nie w samym fakcie usunięcia jajników lecz usunięcia macicy, której brak nie pozwala organizmowi na okresowe pozbywanie się produktów dyssymilacji, prowadzącej do samozatrucia organizmu. W nowszych czasach badania kliniczne zmierzają do wyjaśnienia tego zagadnienia na drodze badań przemiany materji, przemiany podstawowej, mineralnej, specyficzno dynamicznego działania pokarmów (s. d. dz. p.) i badań nad zaburzeniami w gruczołach dokrewnych i w układzie wegetatywnym. Badania systematyczne przeprowadzane w tym kierunku zdołają niejedno wyjaśnić, a przypadki pooperacyjnego wytrzebienia, które możemy niejako porównać z eksperymentem na zwierzęciu, nabierają nietylko znaczenia praktycznego, lecz mogą budzić zainteresowanie teoretyczne.

Co się tyczy naszych spostrzeżeń, dokonanych z menopauzą sztucznie wywołaną, to w tej kwestji staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie, czy możemy już we wczesnych okresach pooperacyjnych znaleść pewne objawy, które moglibyśmy zaliczyć do skutków wypadnięcia czynności jajników. Obserwacja nasza rozciągała się na 102 przypadków z okresu jednego roku, gdzie z powodu różnego rodzaju schorzeń musiano uciec się do operacji doszczętnej t. j. usunięcia macicy wraz z obydwoma przydatkami. Co się tyczy schorzeń, to na 102 naszych przypadków przypada.

36 przypadków mięśniaków macicy, gdzie obok tego stwierdzało się torbiele jajnikowe lub zmiany zapalne przydatków,
30 przypadków zapalenia przydatków,
17 przypadków nowotworów złośliwych macicy,
12 przypadków obustronnych torbieli jajnikowych.
1 przypadek włókniaków jajnika,
2 przypadki mięsaka jajnika,
2 przypadki ciąży pozamacicznej z równoczesnem zapaleniem przydatków po drugiej stronie,
2 przypadki pęknięcia macicy.

Wiek kobiet wahał się od 20 do 40 lat, z tych 76 kobiet od 30 do 40 lat, 26 od 20 do 30 lat. W pierwszej grupie przypadków (t. j. kobiet wiekiem starszych) 84% stanowiły mięśniaki i nowotwory złośliwe, podczas gdy w grupie drugiej (t. j. kobiet wiekiem młodszych) 75% przypadało na sprawy zapalne przydatków. Co się tyczy czasu pobytu w zakładzie to w 60% pobyt trwał do 3 tygodni, w 20% do 4 tygodni, reszty do 5 tygodni i dłużej. W 7 przypadkach z powodu wysięku przymacicy, bądź też zapalenia żył lub znaczniejszego ropienia powłok, pobyt przeciągnął się powyżej 5 tygodni do 2 a nawet 3 miesięcy.

W obserwacji tych przypadków, gdzie usunięto obydwa jajniki wraz z macicą, mogliśmy tu i ówdzie od trzeciego tygodnia począwszy w górę, zauważyć pewne objawy, które przemawiały za zaburzeniami powstałemi z powodu wypadnięcia czynności jajników. W 8 przypadkach wystąpiły przelotne uderzenia krwi do głowy, którym towarzyszyło osłabienie, senzacje w okolicy serca w postaci bicia serca. Objawy te tylko w tych przypadkach podciągaliśmy pod miano objawów pokastracyjnych, o ile przychodziły nagle, powtarzały się okresowo kilka razy dziennie i szybko ustępowały, a poprzednie badanie nie wskazywało na istnienie schorzenia w narządzie krążenia. Objawy powyższe ustępowały zwykle po kilku dniach — w 2 przypadkach wystąpiły ponownie po tygodniu, w jednym po 2 tygodniach. W 6 przypadkach zjawiały się w miejsce nawałów dolegliwości w okolicy serca w postaci nagłego osłabienia, zawroty głowy, objawy parestezji kończyn dolnych jak mrowienie, nagłe ziębnięcie. Szybkie pojawianie się i nagłe znikanie, przelotność tych objawów kazała myśleć w tych przypadkach o skutkach po wytrzebieniu, tem bardziej, że poprzednie zachowanie się chorych w niczem nie zdradzało podłoża histerji lub psychoneurozy. Dalsza pilna obserwacja kliniczna i dodatkowe badania winny pójść w kierunku wyjaśnienia, o ile w tym obrazie wczesnych objawów mamy do czynienia z rzeczywistemi skutkami po wytrzebieniu, a jaki procent tych dolegliwości wypada położyć na karb podłoża psychonerwowego.

Co do obserwacji przypadków kastracji w późniejszych okresach, to dane są dość szczupłe. Na 12 kobiet, które przeszły operację radykalną a które były obserwowane w czasie od pół roku do trzech lat, 8 nie skarżyło się na żadne dolegliwości, któreby można było odnieść do następstw po wytrzebieniu — u 4 można było stwierdzić objawy wypadnięcia. I tak u jednej po roku w postaci dokuczliwych nawałów i bólów głowy, u pozo-

stałych 3 obok nawałów o słabem nasileniu inne przypadłości jak uporczywy fluor i świąd lub nadmierna otyłość, silnie rozwinęte żylaki, chroniczne zaparcie stolca. Z obserwacyj zebranych w ostatnich dwóch miesiącach pozwalam sobie przytoczyć dwa przypadki. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety lat 32, u której z powodu ciąży pozamacicznej i zapalnego stanu przydatków po stronie drugiej usunięto przed czternastoma miesiącami macicę, pozostawiając jeden jajnik. Osoba ta cierpi od dwóch miesięcy na częste udary krwi do głowy, powtarzające się kilkanaście razy dziennie, bezsenność, częste bóle i zawroty głowy, zwłaszcza w nocy. Wygląd zewnętrzny tej osoby uległ wybitnej zmianie; stwierdza się otłuszczenie znacznego stopnia. Osoba ta skarży się na uporczywy fluor. Badanie wykazuje jajnik prawy powiększony, wielkości jaja kurzego. W tym przypadku pozostawienie jajnika nie uchroniło tej kobiety od przykrych następstw wytrzebienia. Osoba ta od czasu operacji czuje się o wiele gorzej niż przedtem. Drugi przypadek: osoba lat 31 wolna. Z powodu zapalenia przydatków wycięto przed półtora rokiem macicę wraz z obydwoma przydatkami. Przed operacją rzucała się w oczy u tej osoby chudość, a cała budowa kazała zaliczyć ją do typu astenicznego. Zachowanie się chorej przed i po operacji przykre dla otoczenia, nadmierna pobudliwość i skłoność do afektu; pobyt jej w szpitalu udręką dla lekarzy i służby. W wywiadach przebyta gruźlica płuc. W rok po operacji wygląd tej osoby uległ radykalnej zmianie: znaczny przybytek wagi, brak jakichkolwiek dolegliwości, w zachowaniu spokój i opanowanie. Odnosi się wrażenie, że operacja w tym przypadku zmieniła niejako konstytucję tej osoby w sensie dodatnim. Te dwa przypadki w swych skutkach krańcowo przeciwne wymownie świadczą, że objawy wypadnięcia czynności jajników mogą się bardzo różnie przedstawiać i schematyzowanie tychże niezawsze się udaje, z drugiej strony mogą w części usprawiedliwić dwa odmienne zapatrywania co do przykrych następstw wytrzebienia. Krańcowe stanowisko zajmuje Aschner, który usprawiedliwia doszczętne zabiegi tylko wtedy, gdy te są wykonane ze wskazań życiowych jak rak lub gruźlica narządu rodnego. Stanowisko jego jest odosobnione i dzisiaj w wypadkach, gdzie na innej drodze nie możemy usunąć cierpienia (przypadki mięśniaków, zapaleń, uporczywych krwawień), zmuszeni jesteśmy uciec się niejednokrotnie do operacji doszczętnej, w czasie której nie zawsze udaje się zachować jajnik. Czy mięśniaki macicy naświetlać, czy operować, to jest kwestją wyboru metody, względnie uznawania pewnych wskazań. W ostatnich latach osiągnięto dobre wyniki po czasowem wytrzebieniu Roentgenem w gruźlicy płuc i w stanach zapalnych narządu rodnego (Wolmerhauser, Missgeld).

Przechodząc do omówienia terapji menopauzy naturalnej czy też sztucznej w pierwszym rzędzie zwracaliśmy uwagę na leczenie objawów. Tam, gdzie objawy naczynioruchowe były silne, stosowaliśmy z dobrym wynikiem preparaty walerjany i bromu. W przypadkach, w których występowały na pierwszy plan bóle w krzyżach, w nogach, głowy, stosowaliśmy pyramidon, cibalginę (Ciba), veramon (Schering). Gdy w obrazie dolegliwości mogliśmy się dopatrzeć cech nadczynności tarczycy podawaliśmy brom, preparaty walerjany i arsen. Preparaty walerjany podawaliśmy w postaci nalewki, wyciągów, elaeosaccharum i to w połączeniu z bromem i *calcium lacticum*. Chiari-Froehlich stwierdzili, że przez odciągnięcie wapnia wzrasta pobudliwość układu wegetatywnego. Adler w przypadkach wytrzebienia znachodził stale zmniejszone ilości wapnia we krwi i odnosił zwiększenie pobudliwości systemu wegetatywnego do ubytku tegoż. Stąd też podawał *calcium lacticum* z dobrym skutkiem. Idąc za myślą Adlera wprowadził Kayser wapń do preparatu „Transannon'u", Halban do „Klimasanu", w którym zawartość teobrominy i nitrogliceryny ma znosić skurcze naczyń.

W przypadkach, w których objawy naczynioruchowe występowały na pierwszy plan, stosowaliśmy z dobrym skutkiem preparat „Prokliman", dostarczony przez firmę Ciba. Preparat ten obok takich składników jak „Peristaltyna", nitrogliceryna, pochodne antipiryny i koffeiny, ma zawierać hormon jajnika. Stosowaliśmy ten preparat w 17 przypadkach, a to w 14-u przypadkach menopauzy naturalnej i w trzech przypadkach operacyjnego wytrzebienia. Tam, gdzie na pierwszy plan wysuwały się dolegliwości naczynioruchowe, (nawały krwi do głowy, zawroty i senzacje w okolicy serca w postaci uczucia ucisku i osłabienia) osiągaliśmy przeważnie poprawę, która w kilku przypadkach wystąpiła dopiero po dwóch lub trzech tygodniach, przy podawaniu przeciętnem 3—6 pastylek dziennie. Odnieśliśmy wrażenie, że działanie korzystne tego preparatu zaznacza się też w przypadkach bólów głowy, krzyżów i w zaparciach nawykowych, gdzie zawartość składników kojących ból i działających na przewód pokarmowy warunkuje korzystne działanie. W dwóch przypadkach, w których obok zmian naczynioruchowych występowała znaczna tachykardja, a całość obrazu przemawiała za zwiększoną czynnością tarczycy, nie osiągnęliśmy poprawy a nawet chore podawały, że doznawały pogorszenia. O ile z zapodań chorych w tych dwóch przypadkach mamy wyciągnąć wniosek, to należałoby wstrzymać się z podawaniem tego preparatu tam, gdzie w obrazie klinicznym możemy się liczyć z nadczynnością tarczycy, a to ze względu na zawartość koffeiny i peristaltyny, która przy nadmiernej pobudliwości wazomotorycznej może wywrzeć wpływ niekorzystny. Preparat ten podawaliśmy również chorym, pozostającym w leczeniu w zakładzie po operacji wycięcia macicy i jajników w wypadkach, gdy już we wczesnych okresach pooperacyjnych znachodziliśmy objawy, przemawiające za przedwczesną menopauzą. Z obserwacyj tych nie można jednak wyciągnąć dostatecznych wniosków, gdyż z jednej strony chore obok powyższego preparatu otrzymywały inne leki, jak brom, walerjanę, z drugiej strony nie możemy wykluczyć we wielu tych dolegliwościach podłoża psychonerwowego.

Co się tyczy leczenia zastępczego przez podawanie preparatów jajnika w stanach przekwitania, często korzystaliśmy z całego szeregu różnych preparatów, lecz przyznać musimy, że odnosiliśmy się do ich wartości leczniczej bardzo krytycznie. Krytycyzm ten podziela szereg poważnych autorów (Zondek, Franz, Aschheim), niektórzy z autorów (Koehler) wcgóle odmawiają im wartości leczniczej i działanie ich utożsamiają z pobudzającem działaniem produktów rozpadu białka (pochodne aminów, cholina i t. p.). Że hormon jajnikowy istnieje, że działa specyficznie, tego nie potrzeba obecnie udowadniać. Pozostaje tylko kwestja do rozstrzygnięcia, ile tego hormonu znajduje się w preparatach aptecznych. Dotychczas brakowało pewnej metody do określenia ilościowego tego hormonu, jaki w różny sposób różni badacze otrzymywali z jajników (Zondek Bahn — Seitz Wintz). Dopiero w ostatnich czasach udało się badaczom znaleźć pewny dowód kontrolny, pozwalający na dokładne ilościowe oznaczenie zawartości hormonu jajnikowego na drodze doświadczeń biologicznych. Badania w tym kierunku przeprowadzali w Niemczech Zondek-Aschheim, we Francji Courrier, w Holandji Laquer i Loewe z Dorpatu. Przytoczę tu w krótkości metodę biologiczną, jaką obrał Zondek. Ten przez wstrzykiwanie hormonu jajnikowego, nazwanego follikuliną, zdołał u myszy skastrowanych lub niedojrzałych płciowo wywołać ruję, dla której cechą najbardziej charakterystyczną jest proces wydzielania warstw nabłonkowych pochwy w okresie *oestrus*. Okres ten uważa dla cyklu ruji za najbardziej charakterystyczny i używa go jako dowodu kontrolnego (Testobjekt). Ilość wstrzykniętego hormonu, która u myszy skastrowanej lub niedojrzałej płciowo sprowadza tę charakterystyczną wydzielinę w *oestrus*, nazywa jednostką mysią. Jeden centymetr follikuliny zawiera 4 jednostki mysie. Loewe stwierdził na podstawie badań, że 1 gram suchego preparatu jajnika zawiera około 0,1 jednostki mysiej. Gdy uwzględni się okoliczność, że podawanie doustne preparatów jest w skutkach około 20 razy słabsze niż w zastrzykach, dochodzi Loewe ostatecznie do wniosku, że aby podać kobiecie ilość hormonu odpowiadającą 1 jednostce mysiej, należałoby podać doustnie 500 pastylek suchego preparatu. Zdając sprawozdanie z wyników swych doświadczeń w Towarzystwie Ginekologicznem w Berlinie, zapytuje, czy podana nawet jedna jednostka mysia może mieć znaczenie dla kobiety, dla której odpowiadającą dawkę hormonu należałoby przyjąć na 3000 jednostek. Nic więc dziwnego, że obecny sąd o większej wartości preparatów jajnikowych musi wypaść ujemnie.

W ostatnich czasach niektórzy z autorów (Groedel, Szenes, Borak) mieli osiągnąć dobre wyniki w leczeniu objawów przekwitania naświetlaniem przysadki promieniami Roentgena. Sposobu tego użyliśmy tylko w nielicznych przypadkach (3), więc z oceną wartości tej metody wstrzymujemy się do czasu wypróbowania jej na większym materjale.

Piśmiennictwo:

Adler: Arch. f. Gyn. Bd. 95. — Aschner: Arch. f. Gyn. Bd. 124. (1925). — Idem: ref. XVII Gyn. Kongr. Insbruck 1922. — Idem: Wien. klin. Wchschr. 1926, Nr. 24. — Idem: w podr. Halban-Seitz Biologie u. Path. d. Weibes Bd. I. — Glaewecke:

Arch. f. Gyn. Bd. 35. — Gluziński: Gaz. Lek. 1910. — Idem: Wien. klin. Wchschr. 1909. — Guggisberg: Zbl. f. Gyn. 1919. — Curschmann: Münch. med. Wchschr. 1923. — Christofoletti: Gyn. Rundsch. 1911. — Deusch: Münch. med. Wchschr. 1919. — Halban: Münch. med. Wchschr. 1923. — Idem: Ibidem 1922. — Idem: Med. Klin. 1924. — Kraus: Zbl. f. Geb. 1924. — Koehler: w podr. Biologie u. Path. d. Weibes Bd. II. — Kraul: Wien. klin. Wchschr. 1926. — Kretschmer: w monografji „Körperbau u. Charakter" Springer, Berlin 1921. — Kuestner H. Monatsschr. f. Geb. Bd. 70. — Keitler: Monatsschr. f. Geb. Bd. 20. — Loewe: Zbl. f. Gyn. 1925. — Idem: Verh. Berl. Gyn. Ges. 1926. — Lindig: Arch. f. Gyn. Bd. 120. — Lehfeldt: Zbl. f. Gyn. 1926. — Mathes: w podr. Biologie u Path. d. Weib. Bd. III. — Mayer: w podr. Veit-Stoeckel Bd. III. 1927. — Pankow: Münch. med. Wchschr. 1909. — Peters-Hubert: Wien. med. Wchschr. 1926. — Peritz-Scherk: Hdb. d. Biochemie d. Mensch. u. d. Tiere 1927. — Schroeder. w podr. Veit-Stoeckel 1/2. — Sellheim: Münch. med. Wchschr. 1924. — Strassmann: Arch. f. Gyn. Bd. 125. — Szenes-Palugyay: Wien. klin. Wchschr. 1925. — Wintz: Arch. f. Gyn. Bd. 125. — Idem: Zbl. f. Gyn. 1926. — Wiesel: w podr. Biol. u. Path. d. Weib. Bd. III. — Wolmershaeuser: Monatsschr. f. Geb. Bd. 70. — Zondek: Ztschr. f. Geb. Bd. 86. — Zondek-Aschheim: Arch. f. Gyn. Bd. 125.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. M. FRANKE. Lwów.

Badanie przemiany gazowej w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i jej znaczenie [1]).

Ogólne badanie przemiany materji, chociaż zajęło wielu badaczy i doprowadziło do wielu ważnych wyników, nie mogło utrzymać się jako jedna z klinicznych metod podręcznych wobec zbyt żmudnego postępu pracy, któremu klinicysta i praktyk nie może i nie chce poświęcić swego czasu, zwłaszcza, że w wielu razach nie dawało mu ono bezpośrednich wskazówek rozpoznawczych i leczniczych. Badanie przemiany gazowej, jako część badania przemiany materji, niegdyś bardzo żmudne, znalazło w ostatnich latach tak licznych zwolenników wobec faktu znacznego uproszczenia metody badania, dostępnej każdemu nawet mało obeznanemu z pracą chemiczną i wobec braku konieczności poświęcenia dłuższego czasu do uzyskania odpowiedniego wyniku. Wprowadzenie ustników i masek, pozwalających na łatwe zbieranie powietrza wydechowego do worka, podanego przez Douglasa, skrócenie czasu badania do 5—10 minut, łatwość analizy zebranego powietrza w aparacie Haldane'a, jak również łatwa ocena wyników, przez porównanie z liczbami, podanemi w odpowiednich tablicach, zawierających normy u człowieka zdrowego, oto zalety tej metody badania, która jest przytem odpowiednio ścisła i pewna, a nie wymaga wielkiego nakładu pracy i czasu. Posługiwanie się podręcznym aparatem Krogha jest może jeszcze łatwiejsze dla klinicysty chemicznie niewyćwiczonego, ale zdaniem naszem, nie jest ono tak ścisłe, ażeby stanowić metodę wybiórczą w tym kierunku.

Badanie przemiany gazowej u ludzi znalazło wprawdzie zastosowanie w rozmaitych działach medycyny wewnętrznej, lecz do wyników praktycznie ważnych doprowadziło ono zwłaszcza w sprawach chorobowych, rozwijających się na tle schorzeń gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i dlatego do tego działu ograniczę się dzisiaj w moim wykładzie. Zajmę się przytem przedewszystkiem badaniem t. zw. przemiany spoczynkowej lub podstawowej (p. s.), a poruszę w krótkości badanie t. zw. specyficzno-dynamicznego działania pokarmów na przemianę gazową (S. d. d. p.) omawiając ich wartość rozpoznawczą i leczniczą dla praktyka i klinicysty w omawianym dziale chorób.

Zatrzymajmy się przedewszystkiem nad znaczeniem badania t. zw. *przemiany spoczynkowej*. Rozumiemy przez to to minimum przemiany gazowej, mniejwięcej stałe dla każdego człowieka, bezwzględnie potrzebne do utrzymania życia prawidłowego, a niezależne od wprowadzenia pokarmów, pracy mięśniowej, działania ciepłoty zewnętrznej i t. d., t. j. od tych czynników, które stają się źródłem zwiększonej przemiany gazowej w organizmie. Jeżeli więc będziemy analizowali powietrze wydechowe w ciągu 5—10 min. zebrane wcześnie rano, naczczo, po 12 godzinach nieprzyjmowania pokarmów, po dobrze przespanej nocy, w położeniu leżącem przy zwolnieniu wszystkich mięśni przez $^1/_2$—1 godziny, przy ciepłocie otoczenia wynoszącej około 16—18° C., wtedy uzyskamy cyfrę zużycia tlenu powietrza wdechowego, która przeliczona na 24 godziny da miarę dziennej produkcji kalorycznej badanego. Cyfra ta, jak z licznych badań porównawczych wynika, jest liczbą mniejwięcej jednakową dla ludzi zdrowych tej samej płci, wieku, wagi i wysokości, a także i powierzchni ciała obliczonej według pewnego ustalonego wzoru. Porównując cyfrę, otrzymaną u badanego z liczbami przemiany gazowej, uzyskanemi u wielkiej liczby ludzi zdrowych, a podanemi w tablicach Harris-Benedicta, który uwzględnia płeć, wiek, wagę i wysokość lub w tablicach Williama H. Stenera, który opiera się na obliczeniach formułki powierzchni ciała według Du Bois, wtedy uzyskamy odpowiedź na pytanie, czy badany produkuje dziennie liczbę kalorji, odpowiadającą osobnikowi przeciętnemu zdrowemu, czy też produkcja ta jest procentowo większa lub mniejsza od przeciętnej normy. Cyfry różniące się od normy, + 10% lub — 10% uważamy przytem jako jeszcze prawidłowe, podczas gdy cyfry sięgające powyżej + 10% wskazują na zwiększoną, a niżej — 10% na zmniejszoną przemianę gazową w spoczynku, czyli t. zw. przemianę spoczynkową lub podstawową. Dodam, że badanie wraz z obliczeniem przy pewnej wprawie nie przekroczy czasu około $^1/_2$ do jednej godziny.

Badając tym sposobem ludzi, dotkniętych schorzeniami gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, dojdziemy do wyników pewnych przedewszystkiem przy *schorzeniach tarczycy*. Tarczyca jest bowiem jednym z gruczołów, którego wydzielina wewnętrzna ma dominujący wpływ na poziom przemiany gazowej u człowieka. Hormon tarczycy jest ciałem, które działa podniecająco na przemianę gazową. Brak jego będzie się wyrażał pewnem procentowem obniżeniem, a nadmiar podwyższeniem prawidłowych procesów spalania w organizmie, a tem samem i przemiany spoczynkowej. Zmniejszenie lub brak hormonu tarczycowego da nam cyfry poniżej — 10%, a nadmiar powyżej + 10% w porównaniu do cyfry normalnej przemiany spoczynkowej. Badanie przemiany gazowej (spoczynkowej) w schorzeniach tarczycy będzie często momentem, na którym będziemy mogli oprzeć nietylko rozpoznanie, ale rokowanie, a także leczenie zaburzenia inkretorycznego tego gruczołu. W przypadkach, w których brak będzie jasnych objawów klinicznych, wskazujących na niedomogę lub nadczynność tarczycy, tam badaniem przemiany spoczynkowej będziemy mogli ujawnić klinicznie utajone zaburzenie inkretoryczne i skierować leczenie na tory właściwe.

Jeżeli przykładowo przytoczymy przypadek chorego *dotkniętego wolem*, to klinika uczy nas, że u niektórych chorych tego typu, prócz wola, niestwierdzimy żadnych objawów klinicznych ogólnych, które wskazywałyby na stan zwiększonego wydzielania tarczycy. Spostrzeganie dalsze tych chorych w jednej grupie wykaże brak późniejszego rozwijania się poważniejszych objawów ogólnych. W drugiej grupie zaś będziemy mogli stwierdzić że powoli później zjawiają się objawy kliniczne hypertyreoidyzmu, którego np. przed pół rokiem nie można było podejrzewać na podstawie zwykłego badania klinicznego. W tych przypadkach badanie przemiany spoczynkowej w okresie wczesnym jest rozstrzygającym momentem rozpoznawczym. Stwierdzenie, kilkakrotne w kilkudniowych odstępach, zwiększenia przemiany spoczynkowej w okresie wczesnym wola będzie wskazywać już na istnienie klinicznie utajonego hypertyreoidyzmu. Leczenie, na podstawie badania p. s. przeprowadzone n. p. Roentgenem, Lugolem, czy zdrojowiskowe we wielu przypadkach doprowadzi do powstrzymania postępu sprawy i do zupełnego wyleczenia rozwijającego się hypertyreoidyzmu, gdy może bez leczenia nastąpi rozwój hypertyreoidyzmu, którego postępu nie możemy przewidzieć. Brak zaburzeń w p. s. pozwoli na czekanie z leczeniem lub też pozostawienie wola bez leczenia, o ile on nie daje objawów miejscowych uciskowych i nie razi chorego ze względów głównie estetycznych.

Z licznych badań, przeprowadzonych u mnie w zakładzie przez asystenta Dr. L. Ptaszka przytoczę kilka przykładów klasycznych: 1) Chora H. z rozpoznaniem wola — badanie p. s. = + 6%; brak objawów hypertyreoidyzmu, który się później nie rozwinął; 2) chora H. — wól z objawami ogólnemi nieznacznej nerwowości; p. s. = + 17%, poraz drugi w tydzień + 12%; przy leczeniu minimalnemi dawkami rozczynu jodku potasu w 1

---

[1]) Wykład zgłoszony na Zjazd lekarzy w Krynicy w styczniu 1930 roku.

miesiąc później p. s. = + 1%, a w 2 miesiące p. s. = + 5%, na dowód, że wól był połączony z nieznacznym hyperthyreidyzmem, który ustąpił zupełnie; 3) chory G., wól — p. s. = + 14%, a po jednem naświetlaniu roentgenowskiem p. s. = — 19%; 4) chory L., wól — p. s. = + 12%.

Nie chcąc przytaczać innych licznych przykładów naszych i obcych, zaznaczę tylko, że w przypadkach wola z hyperthyreoidyzmem p. s. jest jednak zawsze, choć nie wybitnie zwiększona ponad normę; liczby dosięgające + 30% należą do nieczęstych. Wzmożenie p. s. jest tu jednak rozpoznawczo rozstrzygające, zwłaszcza wtedy, gdy brak innych objawów klinicznych hyperthyreoidyzmu lub gdy są one ledwie tylko zaznaczone lub też klinicznie niejako zamaskowane pod postacią niezdecydowanych objawów t. zw. neurastenicznych. Wól zaś bez zwiększenia p. s. to wól miejscowy, powiedzmy niewinny. Leczeniem naszem kierować będzie właśnie tylko badanie przemiany spoczynkowej.

W przypadkach typowej *choroby Basedowa* badanie przemiany spoczynkowej rozpoznawczo musimy uważać przedewszystkiem jako *uzupełnienie* i tak już jasnego *obrazu klinicznego*. Wzmożenie p. s. i to dosięgające liczb + 50%, + 100%, a nawet i wyższych w porównaniu z normą, to objaw klasyczny, bez którego właściwie niemamy prawa rozpoznawać choroby Basedowa. Czy istnieją przypadki Morbus Basedowii bez wzmożenia liczby p. s., to sprawa wątpliwa. W naszym materjale chorych tego typu stwierdziliśmy liczby p. s. wahające się od + 20% do + 100%. 1) chora K. M. Based. — p. s. = + 25,3%; 2) chory M. R., M. Based. — p. s. = + 40%; 3) chora A. Sz., M. Based. — p. s. = + 52%; 4) chory P. S., M. Based. — p. s. = + 61%; 5) chory A. M., M. Based. — p. s. = + 66%; 6) chora W. K., M. Based. p. s. = + 85%; 7) chora M. Cz., M. Based. — p. s. = + 92%. Wprost *rozpoznawcze znaczenie* jednak będzie miało badanie przemiany spoczynkowej, wtedy, kiedy rozpoznanie choroby Basedowa może natrafia na trudności wobec braku pewnych objawów klasycznych. W niektórych przypadkach, w których brak wyraźnego powiększenia tarczycy lub brak wyraźnego wytrzeszczu przy rozwiniętych niewyraźnie innych objawach, budzą się wątpliwości istnienia M. Based., wtedy stwierdzenie wyraźnie wzmożonej przemiany spoczynkowej uprawniać będzie do rozpoznania M. Based., które potwierdzi dalsze spostrzeganie i leczenie. Z naszego materjału przytoczę przypadki M. B. bez wyraźnego wola, w których p. s. była w jednym + 25%, a w drugim + 92%, a naświetlanie roentgenowskie prawie niepowiększonej tarczycy w tych razach wywołało cofanie się wszystkich objawów klinicznych Basedowa, na dowód, że sprawa powstała przecież na tle zatrucia hormonami tarczycy.

W chorobie Basedowa badanie przemiany spoczynkowej nabiera przytem na *wartości prognostycznej*. Statystycznie wykazano, we w przypadkach, w których przemiana spoczynkowa zbliża się do + 70% — + 100%, przyjąć musimy istnienie znacznego nasilenia sprawy chorobowej; te dają rokowanie ciężkie i wymagają leczenia energicznego i szybkiego, może głównie chirurgicznego, bo innemu zwykle nie ulegają zupełnie. Tu rokowanie opiera się głównie na badaniu p. s.

Wreszcie badanie przemiany spoczynkowej będzie nieraz najlepszym *drogowskazem przy leczeniu* choroby Basedowa. Jeżeli oprzemy się na fakcie, że poziom p. s. w tem schorzeniu idzie prawie równolegle ze stopniem nadczynności tarczycy i waha się równomiernie z nasileniem i zwalnianiem tejże sprawy chorobowej, to jasnem jest, że rodzaj i stopień leczenia, obok innych objawów klinicznych, a może niekiedy jedynie, oprze się na wynikach badania p. s. Działanie i sposób leczenia będziemy oceniać według wpływu jego na poziom p. s. w Chorobie Basedowa. Na tej podstawie będziemy bardzo sceptyczni wobec podawania n. p. surowicy Moebiusa przy której nie stwierdziliśmy nigdy obniżania wzmożonej p. s. W Ameryce i we Francji propagowane leczenie choroby Basedowa małemi dawkami jodu (w płynie Lugola) daje się ocenić również wynikiem badania p. s. W przypadku M. B. u chorego A. H., u którego przed leczeniem p. s. = + 38%, po trzytygodniowem podawaniu płynu Lugola stwierdzono p. s. = + 6% tylko. Więc czy tu będziemy się wahać z leczeniem tego przypadku jodem mimo licznych przeciwników tej metody; wielkość dawki i długość podawania jej musimy jednak kontrolować perjodycznem badaniem p. s. i niestosować płynu Lugola na ślepo, ażeby choremu nie zaszkodzić. Przy leczeniu roentgenowskiem będziemy się również kierować przemianą spoczynkową. Obniżenie p. s. w toku naświetlania tarczycy w Morb. Based. będzie dla nas dowodem skuteczności leczenia; nasilenie, częstość i długość naświetlania będziemy uzależniać od poziomu p. s., który również wskaże, kiedy przerwać leczenie lub podjąć je z powrotem, albo też zrzec się go zupełnie i przystąpić do leczenia n. p. operacyjnego. Zobaczmy przykład: chora K., Morbus Basedowii klasyczny, średnio ciężki — 14. III. — p. s. = + 58%; od 17. III. do 29. III. I. sersja naświetlań roentgenowskich tarczycy; 31. III. — p. s. = + 35%, 7. IV. — p. s. = + 29%; od 9. IV. do 23. IV. II. serja naświetlań roentgenowskich tarczycy — 24. IV. — p. s. = — 15%; bardzo znaczna poprawa objawów klinicznych, która utrzymuje się dotychczas, dalszego naświetlania zaniechano. 2) chora C. W. Morbus Basedowii — przy małych dawkach płynu Lugola 13. I. 1928. p. s. = + 25%, odstawiono podawanie jodu — 1. II. p. s. = + 35%, — 1. III. p. s. = + 50%, — 1. III. — 8. III; jedna serja naświetlań tarczycy — 8. III. p. s. = + 19%, — 22. III. p. s. = + 17%, stan ogólny dobry, poprawa bardzo znaczna; ale 3) chory M. — Morbus Basedowii — 10. III. 1929. p. s. = + 85%, od 11. III. do 24. IV. siedem naświetlań roentgenowskich tarczycy, 25. IV. p. s. = + 72%, — 23. VI. p. s. = + 77%; wyraźny postęp objawów klinicznych hypertyreoidyzmu.

Uwagi i przykłady powyższe dowodzą dostatecznie znaczenia badania przemiany spoczynkowej i wzmożenia jej w schorzeniach tarczycy, połączonych z jej nadczynnością i dają obraz wartości rozpoznawczej, rokowniczej i leczniczej, tak, że tę sprawę uważamy za dostatecznie omówioną.

Praktycznie ważne byłoby tylko odpowiedzieć na pytanie, czy stwierdzenie wzmożonej przemiany spoczynkowej w jakimś przypadku klinicznym wogóle jest zawsze wyrazem hypertyreoidyzmu, czy też w tych razach musimy się liczyć także z innem źródłem wzmożenia p. s., a zwłaszcza z przyczyną, tkwiącą w innym gruczole wkrewnym. Doświadczenie uczy nas, że, prócz hormonów tarczycy, także wyciągi gruczołów płciowych, tak jak adrenalina przy wstrzykiwaniach pozapokarmowych, mogą wywoływać podwyższenie przemiany spoczynkowej ponad normę. Klinicznie stwierdzono także nieznaczny wzrost p. s., choć niestale, w przypadkach n. p. akromegalji i w stanach zaburzeń inkretorycznych gruczołów płciowych (jajników), jak wykazali Ptaszek-Liebhart. Fakta te, powiedzmy rzadkie, nie zmniejszają jednak wartości twierdzenia praktycznego, opartego na częstości, że w razie stwierdzenia wzmożonej p. s., praktycznie będziemy myśleć przedewszystkiem, a może prawie tylko jedynie, o nadczynności tarczycy w badanym przypadku i leczenie skierujemy przeciwko tarczycy. Stwierdzenie wola, obok wzmożonej p. s. naturalnie ułatwi nam rozpoznanie właściwe. W przypadkach bez wola i bez klinicznych objawów hypertyreoidyzmu, jednak w razie stwierdzenia wzmożenia p. s., musimy się liczyć z nietarczycowym przyrostem p. s. choć to należy do wyjątków i różniczkowem rozpatrywaniem musimy ustalić źródło tej zmiany.

Przejdźmy do stanów *niedomogi tarczycy*. Stare doświadczenie uczy, że operacyjne usunięcie całej tarczycy u zwierząt i zbyt radykalne wycięcie wola u ludzi upośledza wybitnie cały tok przemiany materji *(cachexia thyreo-strumipriva)*. Tak samo wiemy, że jednym z typowych objawów obrzęku śluzowatego *(myxoedema)* jest upośledzenie przemiany materji. Badanie przemiany gazowej w tych stanach wykazało również, jako objaw stały i charakterystyczny, obniżenie przemiany spoczynkowej. Te dane pozwoliły zużyć klinicznie fakt obniżenia p. s. dla rozpoznania niedomogi tarczycy. Przytoczmy kilka przykładów chorych, badanych u mnie w Zakładzie przez asyst. Dr. Ptaszka. 1) chory K. — po operacji wola zbyt rozległej — p. s. = — 15.2%; 2) chora S. — obrzęk śluzakowaty — p. s. = — 27%; 3) chora K. obrzęk śluzakowaty — p. s. = — 22%; 4) chora S. R. — obrzęk śluzakowaty — p. s. = — 21%. Trzy przypadki ostatnie przedstawiały mniej lub bardziej wyraźny obraz niedomogi tarczycy, tak, że badanie p. s. mogło posłużyć do poparcia rozpoznania.

Wartość praktyczna stwierdzenia obniżenia przemiany spoczynkowej w badanych przypadkach dla rozpoznania niedomogi tarczycy nie jest jednak tak znaczna. Obniżenie p. s. stwierdzamy bowiem także w wielu stanach chorobowych, co do których nie mamy pewności niedomogi inkretorycznej tarczycy lub też w których nie mamy prawa twierdzić, że jedynie tarczyca jest przyczyną obniżenia p. s. w danym przypadku. Niedomoga tarczycy może niekiedy być tylko następstwem schorzenia innego gruczołu wkrewnego. Obniżenie p. s. stwierdza się przytem tam, gdzie tarczyca klinicznie jest prawidłowa, chyba że przyjmiemy istnienie zmiany czynnościowej gruczołu bez zaburzeń jego stanu postaciowego. Wprawdzie możnaby sądzić, że w przypadkach obniżenia p. s. podawanie uzupełniające preparatów tarczycowych (pastylki tarczycy, tyreoidyny, tyroxyny) i po nim zjawiający się powrót do normy lub nawet podwyższenie przemia-

ny spoczynkowej ponad normę będzie dowodem *(ex therapia)* źródła tarczycowego obniżenia p. s. w danym przypadku. Twierdzenie to jest jednak w założeniu fałszywe wobec faktu, że preparaty tarczycy, symptomatycznie działając zwiększająco na przemianę gazową mogą wywołać podwyższenie p. s. bez względu na stan czynności tarczycy w danym przypadku i to dzięki swym ogólnym własnościom farmakodynamicznym. Po ustaniu podawania tarczycy przemiana spoczynkowa zwykle obniża się znowu, gdy ustaje działanie symptomatyczne preparatów tarczycy. Tylko w przypadku, w którym, po dłuższem podawaniu preparatów tarczycy p. s. na stałe, uzyska liczby normalne, z pewnem uzasadnieniem będziemy mogli myśleć o tle tarczycowem poprzedniego obniżenia przemiany spoczynkowej. Jednak także tutaj musimy się liczyć z powoli rozwijającą się nadczynnością i może z trwałym przerostem zastępczych gruczołów inkretorycznych, jak n. p. przedniej części przysadki mózgowej lub gruczołów płciowych, których hormony działają również podniecająco na przemianę gazową. Musimy przytem pamiętać o tem, że niedomoga tarczycy łączy się przeważnie z współniedomogą innych gruczołów wkrewnych, tak, że praktycznie najczęściej zachodzi niedomoga wielogruczołowa, jako całość kliniczna. W tych razach niedomoga tarczycy będzie tylko jedną, ale nie jedyną przyczyną obrazu chorobowego; tem samem także obniżenie p. s. będzie wyrazem nietylko niedomogi tarczycy, ale także niedomogi wielogruczołowej, co ma ważne znaczenie praktyczne ze względu na postępowanie lecznicze. Dla uzyskania wyniku konieczną tu będzie próba leczenia nietylko hormonami tarczycy, ale także i innych gruczołów wkrewnych. W materjale chorych, z obniżoną p. s., badanych w moim zakładzie, poza wyżej przytoczonemi przykładami mniej lub bardziej typowego obrzęku śluzakowatego, stwierdzano często obraz kliniczny, dający się wytłumaczyć tylko niedomogą wielogruczołową *(insufficieta pluriglandularis)*, a nie jedynie niedomogą tarczycową. Tu stwierdziliśmy zawsze obniżenie p. s. i to w granicach od —14% do —40%. Częstym, choć nie stałym, objawem w przypadkach otłuszczenia jest również obniżenie p. s., które stwierdzaliśmy także u naszych niektórych chorych. Fakt ten jednak nie daje podstaw do przyjęcia tła tarczycowego (niedomogi) otłuszczenia w danym przypadku, chyba, że mamy do czynienia z pewnym właściwym typem otłuszczenia pochodzenia rzeczywiście tarczycowego, a ten jest nieczęsty. Dodajmy, że obniżenie p. s. spotyka się także w akromegalji, choć nie zawsze: n. p. chory S. — acromegalia — p. s. = —21%, a także i w przypadkach niedomogi jajników (przypadki przytaczane przez Ptaszka i Liebharta, a badane w naszym zakładzie), w których brak było danych do przyjęcia istnienia niedomogi tarczycy. Czy stwierdzenie niekiedy w przebiegu twardziny skóry *(sclerodermia)* obniżenia p. s. jest następstwem niedomogi tarczycy, to sprawa niepewna. Weźmy przykłady: 1) chory F. G. — sclerodermia — p. s. = —13,5%; 2) chora R. M. — sclerodermia — p. s. = —25%.

Rozpatrywania powyższe dowodzą, że *obniżenie p. s.* poniżej normy *jest* wprawdzie *objawem klasycznym niedomogi tarczycy* i stwierdzenie ujemnej p. s. w badanym przypadku może być zużyte do rozpoznania niedomogi tarczycy pierwotnej lub wtórnej, lecz wobec tylu innych przyczyn wyżej przytoczonych, ścisłe ocenienie sprawy chorobowej i rozpoznanie tła obniżenia p. s. będzie mogło oprzeć się jedynie na całym obrazie klinicznym, który dopiero rozstrzygnie, czy przyczyny obniżenia p. s. mamy szukać w zaburzeniach wydzielniczych tarczycy, czy też innego gruczołu wkrewnego lub w innych procesach, toczących się w organizmie. Dodam, że w leczeniu tych spraw chorobowych wahania wartości przemiany spoczynkowej będą nam niekiedy służyć jako drogowskaz naszego postępowania leczniczego.

Wartość rozpoznawcza badania p. s. w *schorzeniach innych gruczołów wkrewnych*, poza tarczycą, jest dotychczas bardzo ograniczona i wątpliwa. W schorzeniach czyto przysadki mózgowej, czyto nadnerczy, czyto gruczołów płciowych zachowanie się p. s. jest bardzo zmienne i niestałe. W tych samych jednostkach chorobowych spotkamy się raz z prawidłową, drugi raz z obniżoną lub podwyższoną przemianą spoczynkową bez jasnej dla nas przyczyny, tak, że nie dało się dotychczas ustalić zasadniczych wskazówek rozpoznawczych na tej drodze. W ostatniej pracy Ptaszek i Liebhart za pomocą badania p. s. w licznych przypadkach zaburzeń miesiączkowych i niepłodności u kobiet starają się uzyskać wskazówki do oceny stopnia niedomogi jajnikowej, lecz tu potrzeba jeszcze dłuższej obserwacji i większego materjału aby móc praktycznie zużyć wyniki ich badań. Schorzenia inkretoryczne tarczycy jak dotąd stanowią najważniejsze pole, w którem badanie p. s. ma prawdziwą wartość praktyczną dla lekarza i o tem badaniu nie może on zapomnieć we wszystkich przypadkach, w których dane kliniczne budzą podejrzenie zajęcia tarczycy.

Zajmijmy się jeszcze w krótkości badaniem t. zw. specyficzno-dynamicznego działania pokarmów (Sddp.) na przemianę gazową. Opiera się ono na spostrzeżeniu, że podanie pokarmu przejściowo zwiększa przemianę gazową. Jeżeli więc człowiekowi zdrowemu podamy doustnie próbny pokarm, składający się ze stałej ilości białek i węglowodanów i badamy następnie przemianę gazową w 1—3—4 godziny, wtedy przekonamy się, że przemiana gazowa wzrasta w porównaniu do przemiany naczczo. Przy stwierdzeniu wzrostu o + 30% mówimy o dodatniem specyficzno-dynamicznem działaniu pokarmu, t. j. o dodatnim wyniku próby. Jeżeli zaś po podaniu danego pokarmu przemiana gazowa nie zmienia się lub wzrasta tylko nieznacznie lub nawet zmniejsza się, wtedy mówimy o ujemnym wyniku próby. Na podstawie swych badań Plaut i jego zwolennicy związali wynik próby Sddp. z czynnością hormonalną przysadki mózgowej, twierdząc, że próba ujemna przemawia za niedomogą, a ponaddodatnia za nadczynnością przysadki mózgowej. Pogląd ten, który mógłby mieć ważne znaczenie rozpoznawcze w przypadkach schorzeń inkretorycznych, nieznalazł jednak ogólnego potwierdzenia także przez autorów innych, został wprost zaprzeczony na podstawie całego szeregu badań kontrolnych, zwłaszcza, że stwierdzono typowe schorzenia przysadki mózgowej bez zaburzeń w Sddp. U mnie w zakładzie Ptaszek i Malczyński stwierdzili przytem dodatnie Sddp. mimo istnienia histologicznie stwierdzonych zmian wstecznych w przysadce, które wskazywały bez wątpienia na jej niedomogę. Wynik próby Sddp. uzależniają oni od stanu funkcjonalnego całego układu gruczołów wkrewnych, a nie tylko przysadki. Takie ujęcie sprawy uważam jako jedynie słuszne i w tym duchu, sądzę, tylko możemy oceniać wynik tej próby. Może ona być wskaźnikiem rozpoznawczym tylko dla sprawności całego układu gruczołów wkrewnych, a nie tylko jednego z nich specjalnie. Wartość praktyczna badania specyficzno-dynamicznego działania pokarmów jest dotychczas więc ograniczona, a wspominam o niem tylko jako o próbie będącej jeszcze w toku badań i rozpatrywań.

Kończąc, podnieść muszę jeszcze raz, że badanie przemiany gazowej stanowi wzbogacenie naszych metod badania kliniczno-praktycznego i bez niego nie może się obyć i lekarz praktyk we wielu sprawach chorobowych, które wyjaśnią mu niekiedy dopiero badania przeprowadzone w tym kierunku.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Józef SKROBISZEWSKI. Hrubieszów.
chirurg szpitala św. Jadwigi.

W sprawie nowotworów kikuta.

„Do pewnego stopnia kikut jest zawsze miejscem patologicznem w organizmie. Kikut jest pozostałością członka, który albo był ciężko uszkodzony, albo też uległ ciężkiej chorobie, i dlatego w kikucie pozostają na długo rezultaty uszkodzenia lub cierpienia. W kikucie następują zmiany troficzne, jako następstwa nowych warunków życia i funkcji pozostałej części kończyny". (Nové-Josserond — Chirurgie orthopedique et reparobrice — Paris — Masson).

Po dokonanej operacji i po ostatecznem zagojeniu się rany, kikut po pewnym czasie wydaje się w większym lub mniejszym stopniu obrzękły, zaokrąglony. Nie możemy właściwie nazywać zaokrąglenia tego obrzękiem, bo charakterystycznych cech obrzęku zaokrąglony kikut nie wykazuje, jednak tkanki są grubsze, ale mniej elastyczne i nie tak ruchome, jak na kończynie zdrowej. Tkanka podskórna jest również mniej elastyczna i jakby twardsza. Zjawisko to związane jest z silniejszym przypływem krwi i limfy do kikuta. Te zjawiska jakby przekrwienia z czasem zaczynają ustępować, i w kikucie rozpoczynają się procesy zaniku. Skóra i tkanka podskórna cieńczeją, mięśnie degenerują i przerastają tkankę łączną. Kikut zamiast formy okrągłej zaczyna powoli przybierać formę ostrosłupa.

Taki jest w zwięzłym zarysie przebieg procesów życiowych, odbywających się w kikucie.

Nic więc dziwnego, że procesy nowotworowe w kikutach są dość rzadkie. Najczęstsze są nowotwory nerwów, oraz dość częste są nowotwory kości. Złośliwe i dobrotliwe nowotwory

skóry i tkanki podskórnej, jako tkanek najwięcej podlegających procesom zaniku w kikutach, są zjawiskiem dość rzadkiem.

Tem ciekawsze są objawy, gdy na kikucie pojawiają się nowotwory,któremi natura zastąpić usiłuje usunięte przy amputacji części kończyny.

Taki przypadek udało mi się zaobserwować w mej praktyce. W dniu 16 stycznia 1930 r. zgłosił się do mnie z cierpieniem płuc chory Wawrzyniec P. lat 24 z Moniatycz, powiatu Hrubieszów. Przy badaniu stwierdziłem u chorego brak lewej dłoni, na kikucie zaś jakieś wyrostki przypominające palce. Badając kikut



zauważyłem poprzeczną bliznę na kikucie, dobrze zagojoną, ruchomą, blado-różowego koloru. Blizna znajduje się pośrodku kikuta. Kikut okrągły, skóra na nim normalna. Zaczynając od zewnętrznej strony blizny zauważyć się daje niewielki wyrostek długości do $^1/_2$ cm, przypominający niedorozwinięty palec, na końcu tego wyrostka w odpowiednim miejscu maleńki paznokieć,



za tym pierwszym wyrostkiem w odległości 1 cm znajduje się na kikucie niewielkie wywyższenie, a w odległości znowu około 1 cm widoczny już nowy nowotwór w kształcie palca długości do $1^1/_2$ cm z dobrze rozwiniętym paznokciem, za tym wyrostkiem w odległości znów około 1 cm nowy palec z paznokciem, długości do $^3/_4$ cm i nakoniec na końcu prawie blizny znowu wywyższenie na bliznie. Z wywiadów dowiedziałem się, że przed 4-ma laty badany z powodu wypadku miał amputowaną dłoń w Łańcucie. 2 lata temu zauważył że z blizny zaczynają mu wyrastać jakieś wyrostki, które powoli rozwinęły się w palce, jednakowoż przed kilku miesiącami 2 z nich odpadły same, 3 zaś jeszcze pozostały, i według słów badanego dalej rosną, — wyrostki te nie mu nie szkodą, ale ruszać niemi nie może, jednakowoż czucie w tych wyrostkach jest zachowane. Przy badaniu nowotwory są konsystencji dość twardej, nie wyczuwamy jednak w nich tkanki kostnej, pokryte zupełnie wyraźnie cienką powłoką skórną. Na załączonej dość niewyraźnej fotografji widzimy dwa te wyrostki i możemy sądzić o ich wielkości.

Na dokonanem zdjęciu Roentgenem widzimy dokładnie, że elementów kostnych nowotwory nie mają, nowotwory te wyrastają bezpośrednio z tkanki pokrywającej kikut, czyli ze skóry i tkanki podskórnej.

Mamy więc w tym wypadku nie tylko do czynienia z nowotworami skóry i tkanki podskórnej kikuta, ale zachodzi tu rzadkie bardzo zjawisko dla ssaków regeneracji utraconych przy amputacji części, zjawisko znane u zwierząt stojących na niskim szczeblu rozwoju, ale rzadkie u ssaków. Jak wspomniałem kikut dotychczas jeszcze zachował swą formę okrągłą, zewnętrznie na kikucie nie konstatuje się jeszcze procesów zaniku (atrofji), można więc wytłumaczyć sobie ten objaw procesami regeneracji w pniach nerwów strzałkowego, łokciowego i środkowego, przyczem najsilniej tu zareagował nerw środkowy, najmniej nerw łokciowy, ponieważ powstałe nowotwory zastępują palce 1, 2, 3, 4, po piątym palcu widzimy już tylko pozostałość. Nie myślę jednak aby stan taki u pacjenta mógł się utrzymać, już z anamnezy widzimy, że jednak pewne procesy zaniku zaczęły się w kikucie, bo jak sam mówi 2 wyrostki (5-ty palec i 2-gi palec), już odpadły. Los ten prawdopodobnie czeka i pozostałe nowe palce. Niezwykły i ciekawy ten kaprys natury pozwoliłem sobie opisać i podać do wiadomości.

Dr. K. GRAFOWA (Lwów) i Dr. M. KARBOWSKI (Łomża).

Przyczynek do jadowitości glisty ludzkiej i jej wpływu na oko.

Sprawa związku chorób oka z obecnością pasorzytów w przewodzie pokarmowym u człowieka nie jest należycie doceniana. I w medycynie wewnętrznej „panuje błędne przekonanie o znikomym wpływie czerwi" (Lipiński). Zastanawia to tembardziej, że z drugiej strony wielu autorów przypisuje pasorzytom jelitowym zbyt wielki nawet może wpływ na rozmaite stany chorobowe. W okulistyce zgodne są zapatrywania co do szkodliwości tęgoryjca *(anchylostomum duodenale)*, bruzdogłowca szerokiego *(dibotriocephalus latus)* i cianki ludzkiej *(trichocephalus dispar)*, które mogą wywołać ciężką niedokrwistość i stąd drugorzędne objawy ze strony narządu wzroku. Natomiast zdania co do szkodliwego działania na oko innych pasorzytów a w szczególności glisty ludzkiej zwanej dżdżownicowatą — są rozbieżne. Jedni łączą z jej obecnością w jelicie różne schorzenia oka jako to: zrogowacenie *(xerosis)* spojówek (Stephenson), kurcz powiek (Sokołow, Andogsky), zapalenie rogówki i tęczówki (Furnell), zaćmę, przytępienie ostrości wzroku i ślepotę — bez zmian w obrazie wziernikowym (Hogg, Rampoldi), zapalenie nerwu ocznego, tarczę zastoinową, xantopsję, porażenie mięśni gałki, astenopię, rozszerzenie i zwężenie źrenicy, porażenie akomodacji, oczopląs (Lewin i Guillery). Inni wyrażają poważne wątpliwości czy też istnieje niezbity związek przyczynowy między obecnością glist w jelicie a stanem chorobowym oka. Groenouw pisze: „Związek przyczynowy jest często wątpliwy. Odnośne obserwacje, dawniej bardzo częste, ostatnio wskutek surowszego krytycyzmu stają się coraz rzadsze".

Pozwolimy sobie, w związku ze spostrzeganym przez nas przypadkiem, bliżej się nad tą sprawą zastanowić.

21. I. ub. r. zgłasza się chory N. N. lat 5, syn robotnika. Matka podaje, że dziecko gorączkuje od 11 dni, skarży się na bóle głowy, uczucie łamania w rękach, szczególnie prawej i w nogach. Objawy utrzymywały się w niezmienionem natężeniu do 20. I. Dnia tego wystąpiło zaczerwienienie oka prawego i światłowstręt.

Stan obecny: oko prawe: spojówka gałkowa nastrzyknięta, brak nastrzyknięcia rzęskowego. Na rogówce od dołu pas silnie nasyconego zmętnienia szerokości 3 mm, powyżej niego duża ilość szarawych plamek, nieregularnie rozsianych po całej rogówce, z wyjątkiem około 2 mm od góry, gdzie pozostał pas zupełnie przeźroczysty. Powierzchnia rogówki gładka i błyszcząca. Zmętnienie odnosi się do głębszych warstw. Nabłonek rogówkowy nie wykazuje żadnych ubytków. Tęczówka przekrwiona, źrenica wąska. W obrębie jej widać bardzo niewyraźnie szarawą masę. Lewe oko bez zmian.

22. I. Mimo energicznego stosowania atropiny źrenica rozszerzyła się tylko bardzo nieznacznie. Stan ogólny chorego utrzymuje się bez zmiany. Badanie organów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykazało. W szczególności badanie serca i stawów nie wykryło żadnych zmian. Bóle w prawej ręce i gorączka utrzymuje się nadal. W kale chorego znaleziono glistę. Zastosowano santoninę.

23. I. Stan ogólny bez zmiany. Ciepłota 38,2°. Źrenica wąska. W wydalinach chorego znaleziono 21 glist.

24. I. Światłowstręt ustąpił. Źrenica maksymalnie szeroka. Wysięk, widoczny przedtem w źrenicy, zupełnie znikł. Pas zmętnienia rogówki znacznie węższy; rogówka oczyszcza się od góry. Ciepłota ciała spadła do normy. Bóle w stawach ustąpiły.

26. I. Rogówka w dalszym ciągu się oczyszcza, jest jeszcze tylko w dolnej części lekko szarawa.

28. I. Oko blade, rogówka zupełnie przeźroczysta, źrenica szeroka, ośrodki łamiące bez zmian, dno prawidłowe.

Opisany wyżej przypadek dawał więc obraz jednostronnego miąższowego zapalenia rogówki i zapalenia tęczówki. Żadnych zmian przedmiotowych w organizmie poza pasorzytami w przewodzie pokarmowym, nie znaleziono. W oczy rzuca się fakt zupełnego wyleczenia po usunięciu glist. Źrenica, która prawie wcale nie oddziaływała na forsowne stosowanie atropiny, po odejściu glist rozszerzyła się maksymalnie. Równocześnie ustąpiły wszystkie objawy ogólne.

Jeśli się zastanowimy nad życiem i rozwojem glisty, uderzy nas ten zbytni krytycyzm, z jakim się odnoszą niektórzy autorowie do szkodliwego działania tego często spotykanego pasorzyta na organizm ludzki.

Jak badania na zwierzętach wykazały, larwy glisty ludzkiej po wydostaniu się z jaj w przewodzie pokarmowym, wędrują, najprawdopodobniej drogą krwi i chłonki, do płuc, wątroby, śledziony, nerek, serca i mózgu. Z płuc dostają się do tchawicy i przez przełyk do dalszych odcinków przewodu pokarmowego, gdzie dojrzewają. W samem jelicie może glista wywołać zapalenie a nawet wgłobienie, uszkodzenie powierzchni błony śluzowej i nawet przebicie jelita. Daje nieżyty przewodu pokarmowego, wymioty, u dzieci drgawki, szczękościsk, objawy podrażnienia opon mózgowych (N o w i c k i). W miejscu, gdzie glisty leżą w jelicie, błona śluzowa jest często zmartwiała, odpada częściowo i obfituje w niezmierną ilość bakteryj (G e r l a c h).

L i e b e r m e i s t e r poważnie zwraca uwagę na to, że się niedocenia szkodliwości glist, i tłumaczy ich obecnością szereg objawów, które składano na histerję lub nazywano symulacją.

Być może że glisty w niewielkiej ilości takich objawów nie dają. Gdzie ich jest dużo, jak w naszym przypadku, obecność ich nie jest obojętną dla organizmu. Produkty przemiany materji pasorzyta, dostając się do krwi, mogą wywołać objawy zatrucia, z drugiej strony glisty utrudniając funkcje jelit, powodując zaleganie i rozkład kału mogą te objawy spotęgować. Pewną rolę gra więc i autointoksykacja. Prawie wszystkie obserwacje ciężkich schorzeń ogólnych odnoszą się do osobników, mających glist bardzo dużo. I tak T u r c a n opisuje przypadek ciężkiego zapalenia opon mózgowych, które odrazu i bez śladu ustąpiło po odejściu 58 glist.

Doświadczenia D o b e r n e c k e r a uczą, że jady wydzielane przez glisty działają u człowieka ze szczególną predylekcją na mózg, u zwierząt na rdzeń pacierzowy i wywołują różne miejscowe objawy. Jad ten jest zawarty w płynie jam ciała pasorzyta. To powinowactwo jadu glisty do mózgu wyjaśniłoby (podawane często w wątpliwość) zachowanie się tarczy nerwu wzrokowego (zatarcia brzegów, nawet obrzęk), ustępujące szybko po usunięciu pasorzytów.

Działanie pasorzytów przewodu pokarmowego na oko może być: 1) odruchowe, 2) pochodzenia toksycznego (G r o e n o u w). Działanie odruchowe drogą nerwu współczulnego na nerw twarzowy i okoruchowy może wywoływać kurcz powiek i objawy ze strony mięśni gałki ocznej. Cały szereg innych schorzeń, tak błon oka jak i nerwu wzrokowego, należałoby raczej odnieść do działania toksycznego.

Musimy sobie zadać pytanie, czy glisty jad taki wydzielają i czy istnieją objawy ogólne wskazujące niewątpliwie na zatrucie organizmu; a także jakiego rodzaju jest ten jad.

Wiemy że sok rozmiażdżonej glisty (tak ludzkiej jak i świńskiej, które są identyczne pod względem morfologicznym, serologicznym i toksycznym) a szczególnie płyn jam jej ciała, gdy wpryśnie w oko ludzkie (jak się to zdarza zoologom przy preparowaniu i rzeźnikom przy wyjmowaniu jelit zwierzęcia) wywołuje silny obrzęk powiek i spojówek bez wydzieliny (B ä u m l e r, D o r f f). Nie jest to więc płyn obojętny. Działanie jadu ustępuje po krótkim czasie. Płyn ciała glisty t. zw. Coelomflüssigkeit działa więc szkodliwie na oko ludzkie. Wyciągi zrobione z miąższu jej ciała wywołują ten sam skutek. T a k a o S a k a g u c h i (1928) przechowywał żywe glisty w płynie Ringera i badając substancje, które glisty wydzielały do tego płynu, doszedł do wniosku, że substancje te są identyczne z temi, jakie otrzymujemy z wyciągu ich miąższu. Jest tu więc wykonany *in vitro* dowód że glisty niewątpliwie wydzielają za życia ciała jadowite, które przechodzą do organizmu gospodarza. Jad ten wpuszczony do worka spojówek powodował biegunkę i duszność z potami. Przy rozcieńczeniu jadu objawy te malały, ale jeszcze przy rozcieńczeniu 1 : 5000 wywierał jad ten działanie na spojówkę (W e i n b e r g i J u l i e n).

B r i a n poszedł dalej i wstrzykiwał zwierzętom wyciągi z glist. Otrzymał zwiększone wydzielanie azotu w moczu a więc toksogenny rozpad białka. B e d s o n i inni wstrzykując soki glist śródżylnie otrzymywali zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu tarczycy, przysadki mózgowej i trzustki.

Do ciekawych spostrzeżeń doszedł L o n g o, który wykonywał badania na świnkach morskich. Zdaniem jego wyciąg z glist nie jest dla świnki morskiej jadowity ale wywołuje anafilaksję, tak że drugi zastrzyk dożylny sprowadza śmierć zwierzęcia. Anafilaktogen ten jest w wodzie rozpuszczalny, nie rozpuszcza się w alkoholu i eterze. Anafilaksja występuje w 18 dni po uczuleniu i trwa do 75 dnia bez zmiany. Autor dochodzi do wniosku, że objawy chorobowe u ludzi mających glisty, polegają na specyficznej anafilaksji. Fakt jednak, że bardzo wielu ludzi ma glisty a stosunkowo u niewielu występują objawy chorobowe z tego powodu, tłumaczy się tem, że występowanie gwałtownych objawów anafilaktycznych zależy też od tego, kiedy i w jakiej ilości następna dawka dostaje się do krwi a stała resorbcja drobnych ilości antigenu może prowadzić do antianafilaksji.

Czem jest ten jad ze stanowiska chemicznego?

Wedle badań F l u r y'ego ciało glisty zawiera m. i. chlorki, fosforany, żelazo w hemoglobinie, białko, glykogen, skrobię, cukier gronowy, tłuszcze i fermenty rozpuszczające białko. F l u r y wykrył nieznane przedtem ciało, alkohol askarylowy, który przy ogrzewaniu do 83° daje akroleinę. Tak substancje tworzące ciało glisty jak i wydzieliny jej wywołują miejscowo przekrwienie, zapalenie i martwicę. Po wessaniu się tych ciał występują objawy nerwowe. Pośród związków zawierających azot, znajduje się ciało podobne do pepsyny. Anemię wywołują glisty przez związki działające hemolitycznie (kwas olejowy i akrylowy). F l u r y dochodzi do wniosku: o ile anatomja patologiczna dostarcza nam dowodów, że glisty wywołują szkodliwe, często niebezpieczne działanie mechaniczne, to farmakologja uczy, że jadowitość ich jest dla organizmu ludzkiego wcale znaczna, a bardzo poważna, o ile jadu jest dużo przy wielkiej ilości pasorzytów.

Jest pewna niezgodność w zapatrywaniach, jakie tkanki jad ten szczególnie atakuje. D o b e r n e c k e r sądzi, że ma szczególne powinowactwo do tkanki nerwowej. D o r f f uważa go za jad naczyniowy. Przy wkraplaniu soku glisty do worka spojówkowego otrzymał znane objawy jak pieczenie, obrzęk spojówek, i powiek. Jeśli jednak poprzednio wpuścił kokainę, holokainę lub adrenalinę, to tylko adrenalina niwelowała przekrwienie i obrzęk, z czego wniosek, że jad działał na ściany naczyń. „Płyn ten należy więc do specyficznych jadów naczyniowych, który jednak działa tylko u osobników dysponowanych". Dyspozycja niektórych tkanek, jak błony śluzowej, jest jednak tak znaczna, że każdy bez wyjątku z badających glisty skarży się na silny nieżyt spojówek i tchawicy, czasem tak dokuczliwy, że musieli zaprzestać dalszych doświadczeń. Nieżyt ten występował nie przy wkraplaniu soku, ale już przy przebywaniu w pobliżu materjału, zawierającego sok ciała glisty.

Jad ten wywołuje także szczególne zmiany we krwi. Dawniej uważano eozynofilję za objaw pewny i stały. Poglądy te się zmieniły. H ä r l e, S ü t t e r l i n i Z e i s s, badając dzieci zarażone robakami, wykazali, że na 42,3% osobników mających eozynofilję przypada 66.5% osób o prawidłowej ilości komórek eozynochłonnych. Badając dla kontroli dzieci niezarażone przekonali się, że aż 42,6% ma eozynofilję. Natomiast dzieci u których limfocytoza przekraczała 40% były w 66 przypadkach na 100 zarażone robakami.

Ostatnie szczegółowe i na bardzo dużym materjale przeprowadzone badania L i p i ń s k i e g o dały następujący rezultat:

u 58% przypadków obniżenie ilości ciałek czerwonych
u 47% przypadków obniżenie ilości hemoglobiny.

Często występuje hyperchromemia, rzadko hypochromemia, w poszczególnych przypadkach polkilocytoza, anizocytoza, normoblasty i erytroblasty. Znaczna leukocytoza. U 48 osób ilość komórek eozynochłonnych prawidłowa, u 49 eozynofilja i to dochodząca u 43 osób do 10% (na 4% prawidł.), u 6 osób nawet do 20%. Muszą więc zachodzić jeszcze pewne czynniki, wywołujące u poszczególnych ludzi tak wybitną eozynofilję. Ponieważ badania Lipińskiego odnoszą się do rozmaitych pasorzytów, nie możemy z nich wyciągnąć wniosków co do wpływu glist na eozynofilię. W każdym razie stwierdzone przez niego wyraźne zmiany we krwi powinny zwrócić baczniejszą uwagę na bagatelizowane tak często „robaki“ u dzieci.

Przypadków podobnych do naszego jest w literaturze okulistycznej bardzo dużo. Uważaliśmy jednak za rzecz wskazaną zastanowić się w związku z naszą obserwacją nad dotychczasowemi zdobyczami z dziedziny helmintologji, które oświetlając znaczenie chorobotwórcze jadów czerwi dla całego organizmu ludzkiego, przyczynią się może niejednokrotnie do wykrycia etiologii tych cierpień oczu, które uważano dotychczas za niewyjaśnione.

Piśmiennictwo:

1) Andogsky: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1894. — 2) Batard: Troubles oculaires dus aux parasites intestinaux. Thèse de Lille (Ref.). — 3) Baumler: Archiv. f. Augenh. Bd. LVII. — 4) Brian: 30. deutsch. Kongres f. innere Med. Wiesbaden 1913. (Ref.). — 5) Calhoun: Opht. Rec. 1904, str. 145. — 6) Dobernecker: Ref. im Centr. f. inn. Med. 1912. — 7) Dorff: Kl. Mon. f. Aug. Bd. LI. 1912. — 8) Elschnig: Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. XLIII, 2, 1905. — 9) Flury: Arch. f. exper. Path. und Pharmakol. 1912. — 10) Groenouw i Uhthoff: Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen u. Krankheiten d. Sehorgans 1920. — 11) Hogg: Brit. med. Journal. II. 1888. (Ref.). — 12) Lewin u. Guillery: D. Wirkungen v. Arzneimitteln u. Giften auf d. Auge Bd. I. 1905. — 13) Lipiński: Polska gazeta lekarska, Nr. 25, 1928. — 14) Longo: Ref. w. Centr. f. inn. Med. 1912. — 15) Meurer: Klin. Mon. f. Augenh. 1894. — 16) Nowicki: Anatomja patologiczna T. I. 1929. — 17) Rampoldi: Ann. di Ottalm. XIII 1885 (Ref.). — 18) Rampoldi: Ann. di. Ottalm. XIV, 1885 (Ref.). — 19) Sokołow: Woj. Med. Journ. LXVIII, 1895. (Ref.). — 20) Stephenson: Opht. Soc. of the Unit. King. XVIII. — 21) Strasburger: Handb. d. inn. Med. v. Bergmann u. Stachelin 1926.

Dr. I. SCHENKER i Dr. H. WACHTEL. Kraków.

O dożylnej pyelografji przy pomocy pyelognostu.

Według Sprawozdania w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 5. II. 1930.

Pyelografja normalna, posługuje się zastrzykiwaniem kontrastowych płynów do miedniczek nerkowych przy pomocy cewników moczowodowych, przyczem cewniki te muszą być wprowadzone w cystoskopie pod kierunkiem oka. Skutkiem tego metoda ta ma szereg stron ujemnych: jest bolesną dla chorego, wymaga współdziałania dwóch specjalistów (urologa i roentgenologa) równocześnie, a ponadto w przypadkach, gdzie anatomiczne zmiany tak zmieniły ujście moczowodu do pęcherza, iż ujście to w obrazie cystoskopowym nie daje się odszukać, staje się technicznie niemożliwą.

Od dawna więc poszukuje się sposobu, aby treść kontrastową wprowadzić do miedniczki nerkowej nie przez pęcherz moczowy lecz drogą krwiobiegu. Próbowano odpowiednie ciała wprowadzać w roztworach doustnie, drogą wlewań do odbytnicy i wreszcie drogą dożylną. Próby te w ostatnim czasie doprowadziły do wynalezienia składnika, który bez szkody dla organizmu wprowadzony *dożylnie* wydziela się przez nerki do miedniczek nerkowych i pozwala w ten sposób uzyskiwać metodą roentgenologiczną obrazy podobne do pyelogramów cystoskopowych.

Mieliśmy sposobność przeprowadzić próby z jodową pochodną mocznika, podaną przez A. Roseno w Kolonji, którą ostatnio wprowadzono w handlu pod nazwą *pyelognost*. Jest to żółty proszek, bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie. Roztwór w podwójnie destylowanej wodzie należy przygotować najwcześniej 24 godzin przed zastosowaniem. Po przesączeniu należy go przechować w ciemnej flaszce i wyjałowić. Według danych Roseno dawka przeznaczona dla dorosłego chorego o wadze 50—90 kg wynosi 63 g. (Zawartość oryginalnej flaszki). U osób, które ważą mniej niż 50 kg odlicza się dla każdego brakującego kilograma półtora grama preparatu.

Zawartość oryginalnego flakonu (63 g) rozpuszcza się w 200 cm³ wody i zastrzykuje się całą zawartość dożylnie z biurety kalibrowanej. Przed wprowadzeniem przetworu przekonujemy się, że istotnie igła znajduje się śródżylnie. Po wlaniu przetworu należy żyłę przepłukać niewielką ilością soli fizjologicznej. Cały roztwór powinien dostać się w obieg krążenia w przeciągu 5—15 minut. *Nie należy za prędko zastrzykiwać*, inaczej chory może doznawać bólów głowy podczas zastrzykiwania.

Chorzy znosili zastrzyknięcie bardzo dobrze. O ile skutkiem za szybkiego wpływania roztworu występywały bóle głowy, podawaliśmy dowolnie wodę, która gasiła pragnienie i usuwała objawy. Przedostanie się przypadkowe preparatu poza żyłę w tkankę okołożylną powodowało bolesne zgrubienie żyły, trwające do tygodnia, jednak bez wytwarzania się martwicy.

Na dobę przed dokonaniem zastrzyknięcia pyelognostu przekonywaliśmy się pędzlowaniem skóry uda jodyną, czy chory nie cierpi na przeczulenie w stosunku do jodu.

Chory był przygotowany jak do każdej pyelografji. Zdjęcia roentgenologiczne przeprowadzono, jak przy każdej pyelografji, z zastosowaniem przesłony Potter-Bucky. Przesłona ta jest w tym wypadku niezbędną, ponieważ kontrasty uzyskiwane drogą dożylnej pyelografji są znacznie mniej wydatne, niż przy zastrzykiwaniu płynów przez cewniki.

Roseno podaje jako przeciwwskazania stosowania pyelognostu: czynną gruźlicę płuc i tyreotoksykozy.

Roentgenogramy wykonuje się w 10 minut, w godzinę, w 3 i 5 godzin po zastrzyknięciu.

Przypadek 1. Chora P. F. lat 55, skarży się na bóle w prawym boku od lat. Klinicznie podejrzenie na opadnięcie prawej nerki. Wykonano zastrzyknięcie dożylne tylko 47 gramów pyelognostu. Chora zniosła zastrzyknięcie na ogół dobrze. Jednak żaliła się na bóle głowy przez następne 24 godzin. Po zażyciu pyramidonu bóle ustąpiły.

Zdjęcie nerek wykonane *natychmiast* po ukończeniu zastrzyknięcia wykazało, że w obu miedniczkach nerkowych zaczęło się już wydzielanie płynu kontrastowego, który na zdjęciu przedstawiał się jako nieregularny obłok w okolicy wnęki nerek i przechodził w linje wyrysowane odpowiednio do przebiegu moczowodów. *Po 10 minutach* stwierdzono, że *wydzielanie po stronie lewej idzie lepiej niż po stronie prawej*. Cień wydzielonego płynu w lewej miedniczce nerkowej przybrał wyraźne cechy obrazu pyelograficznego dobrze wypełnionej prawidłowej miedniczki nerkowej. Przytem ujawniła się też górna część moczowodu. Po stronie prawej obraz miedniczki jest jeszcze rozlany, obraz górnej części moczowodu jest dobrze zarysowany. *Po godzinie* także prawa miedniczka nerkowa wykazuje wyraźne obrysy przyczem obraz jej odpowiada obrazowi pyelograficznemu miedniczki *nerki opadniętej* o zagiętem wyjściu moczowodu i następowem *wodonerczu miernego stopnia*. W tym czasie jest pęcherz moczowy również wyraźnie wypełniony kontrastowym płynem. Po 4. 5 i 6 godzinach otrzymaliśmy obrazy analogiczne; najprzejrzystszym był obraz po 5 godzinach.

W trzy dni później wykonano u tejże chorej pyelografję drogą przez pęcherz moczowy. Pyelografja ta potwierdziła uprzednie rozpoznanie. Bardzo pouczającem było *porównanie pyelogramów* otrzymanych u chorej drogą dożylną i drogą przez moczowody. Obraz miedniczek nerkowych jest na wypełnionej (umbrenalem) przez moczowody nerce znacznie wyraźniejszy. Natomiast obrysy miedniczek wychodzą na pyelografji pęcherzowej rozdęte, zaokrąglone, pozbawione drobnych szczegółów, zależnych od fizjologicznego napięcia mięśniówki miedniczki które wykazuje pyelogram dożylny. Moczowody są w obrazie uzyskanym drogą pęcherzową widoczne na całej długości, jednak również pozbawione subtelnej konfiguracji fizjologicznego przebiegu, widocznej na pyelogramach dożylnych. Natomiast na dożylnych pyelogramach nie widać części moczowodu przebiegającej w miednicy małej.

Przypadek 2. St. A. lat 32. Chora operowana przed 2 miesiącami z powodu ropnia okołonerkowego po stronie prawej.

Chora otrzymała pełną dawkę pyelognostu i zniosła zabieg bez szczególnych objawów podczas zastrzykiwania i po niem.

Otrzymane obrazy były podobne do obrazów otrzymanych w przypadku uprzednim. Różnicy szybkości wydzielania nerek

między sobą tym razem nie stwierdzono; obie nerki wydzielały równomiernie. Miedniczki okazały się równej wielkości, prawa nieco niżej położona niż lewa, (fizjologiczne). Natomiast w prawej nerce pojawił się wyraźny cień złogu leżącego w górnym kielichu nerki.

Po trzech dniach wykonana pyelografja przez pęcherz moczowy strony chorej potwierdziła pyelografję dożylną. Różnicy w obrazach obu pyelografji nie stwierdziliśmy. Tylko różnica miedzy złogiem a wypełnioną (cieczą kontrastową) miedniczka nerkową była w obrazie uzyskanym dożylnie bardzo wyraźna, podczas, gdy na pyelografji przez pęcherz (wykonanej umbrenalem) różnica była tylko nieznaczna, co utrudniało stwierdzenie obecności złogu.

Przypadek 3. Chory P. K. lat 40. Żali się na bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Klinicznie podejrzenie na kamień nerkowy.

Chory otrzymał pełną dawkę pyelognostu i zniósł zabieg bez szczególnych objawów podczas wstrzyknięcia i po niem.

Po 10 minutach stwierdzono, że prawa nerka wydziela gorzej niż lewa. W dalszych zdjęciach stale prawa nerka wykazywała gorsze wypełnienie miedniczki, przyczem miedniczka nerkowa okazała się w całości nieco powiększona a ponadto w dolnym odcinku stwierdzono obecność zwapnionego złogu.

Po trzech dniach wykonano pyelografję drogą przez pęcherz. Dała ona obraz zdrowej nerki, równoznaczny z pyelogramem dożylnym. Natomiast przedstawienie miedniczki chorej nerki prawej *nie udało się drogą przez pęcherz*, ponieważ skutkiem daleko posuniętych zmian ściany pęcherza, nie można było w obrazie cytoskopowym odnaleźć ujścia moczowodu, mimo zastosowania posiłkujących sposobów stosowanych w takich przypadkach, (zastrzyknięcie barwika). Tak więc o stanie miedniczki chorej nerki pouczał nas tylko pyelogram otrzymany drogą dożylną.

Streszczając nasze doświadczenia stwierdzamy, że pyelognost jest preparatem nietrującym, który zastosowany w sposób powyżej opisany nie daje objawów ujemnych. Chorzy znosili zastrzyk dożylny mimo wielkich ilości stosowanego płynu bez szczególnych przykrości. *Sposób więc nie przedstawia niebezpieczeństwa*, i jest łatwy do wykonania.

Otrzymane dożylnie pyelogramy są *znacznie mniej wyraźne* niż obrazy zwyczajnej pyelografji umbrenalowej. Niemniej nasilenie cieni jest *na ogół wystarczające*, aby przy zastosowaniu dobrej techniki roentgenograficznej ocenić stosunki w miedniczce nerkowej, w górnych odcinkach moczowodów i w pęcherzu.

Części moczowodów położone w miednicy nie były w pyelogramie dożylnym widoczne.

Jako osobliwą właściwość pyelografji dożylnej należy podkreślić jej właściwość *określania także czynności wydzielniczej nerek*, objawiającą się różnicą w czasie występowania cieni i w ilości kontrastowego płynu w wydzielających nerkach.

Porównanie szczegółów obrysów w pyelogramach dożylnych i przezpęcherzowych wykazuje, że *obraz otrzymywany przez wypełnienie pęcherzowe jest obrazem niefizjologicznie wydętych miedniczek i moczowodów*, podczas kiedy pyelogramy dożylne oddają nam stosunki fizjologicznie istniejące.

Ważnem wydaje nam się też jeszcze jedno. Kontrast między cieniem złogu a cieniem umbrenalu, stosowanego przy pyelografji przezpęcherzowej jest tak mały, że nieraz obraz złogu zostaje przez cień płynu kontrastowego całkiem przykryty i możliwem jest przeoczenie obecności kamienia. Natomiast przy pyelografji dożylnej *różnica ta jest wcale znaczna* i ułatwia rozpoznanie obecności i położenia złogu.

No korzyść pyelografji dożylnej należy jeszcze podnieść fakt, że jest ona dla chorego zabiegiem niewątpliwie znacznie przyjemniejszym od cystoskopji koniecznej przy pyelografji przez pęcherz. W jednym z naszych przypadków okazało się, że pyelografja przezpęcherzowa miedniczki nerkowej była technicznie wogóle niewykonalna, natomiast uzyskaliśmy ją drogą dożylną.

Już te nieliczne spostrzeżenia wykazują, iż pyelografja dożylna ma przed sobą owocną przyszłość i że zakres jej stosowania będzie niewątpliwie duży. Czy uczyni ona zbędną pyelografję przez pęcherz wykażą dalsze doświadczenia?

Piśmiennictwo:

A. Roseno: Klin. Wochschr. 1929.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Jesus Gonzalez Uruena: *Le traitement des Teignes par l'Acetate de Thallium*. Wydane przez Masson et Comp. Paris 1928. Stron 144. Ilustracyj 6. Cena 18 Fr.

Monografia ta ma na celu wykazać przedewszystkiem, że pierwsze doświadczenia kliniczne leczenia grzybic włosów octanem talowym na większym materjale, były przeprowadzone przez lekarzy meksykańskich i to jeszcze w roku 1918. Spostrzeżenia swoje opiera autor na 1489 przypadkach leczonych przez siebie i kolegów meksykańskich, oraz na cytowanych w literaturze 1115 przypadków obserwowanych przez innych autorów. Zapewne, jest to statystyka bardzo poważna, ale mimo tego trudno jest zgodzić się z autorem który jest zwolennikiem jak największej popularyzacji tej metody. Niebezpieczeństwo stosowania octanu talowego tkwi w tem, że dawka epilacyjna 8 miligramów na kilogram wagi ciała, leży bardzo blisko dawki trującej.

Doświadczenia Lenartowicza, których autor nie cytuje, nakazują wielką ostrożność w stosowaniu octanu talowego, właśnie z powodu ubocznych działań na system nerwowy i współczulny, a które to objawy są niewątpliwie wyrazem zatrucia octanem talowym. Leczenie tą metodą powinno być przeprowadzane jedynie w zakładach leczniczych, a nie w poradniach i prywatnej ordynacji, gdyż chorzy tacy wymagają bacznej codziennej obserwacji i licznych badań pomocniczych.

Kanczyński (Lwów).

„Chirurgja Kliniczna", tom I, zeszyt 1 i 2, 1927/8 (stron druku 624), tom II — 1929 (stron 488). Kraków. Skład główny księg. Gebethner i S-ka. i *„Chirurgia Clinica Polonica"*, Volumen I, 1929. Kraków (str. druku 424).

Z inicjatywy i pod redakcją profesorów Rutkowskiego z Krakowa i Jurasza z Poznania od 3 lat wychodzi w Krakowie pismo chirurgiczne o charakterze archiwalnym p. t. „Chirurgja Kliniczna". Po wydaniu pierwszego zeszytu redakcja zwróciła się do profesorów chirurgji wszystkich wszechnic polskich z prośbą o należenie do komitetu redakcyjnego i zyskała ich współudział. Pismo, oparte głównie na zakładach uniwersyteckich, wychodzi w miarę nagromadzenia się materjału w zeszytach obejmujących kilkanaście arkuszy druku, względnie tomach o objętości dwudziestu kilku arkuszy. Zamieszcza ono większe oryginalne prace kliniczne i doświadczalne oraz wyczerpujące sprawozdania poglądowe z zakresu chirurgji i zagadnień z nią związanych. Tom I ukazał się w roku 1927/8, drugi w 1929, każdy o nakładzie 350 egzemplarzy.

Zawierają one 14 prac autorów polskich i 2 artykuły prof. Jiráska z kliniki chirurgicznej uniwersytetu Karola w Pradze Czeskiej („Endomyelografja w jamistości rdzenia" i „Uwagi w sprawie chirurgicznego leczenia padaczki"), ponieważ jednym z celów redakcji było również pozyskanie dla pisma polskiego autorów sąsiednich krajów słowiańskich. Z autorów polskich ogłosili dotychczas w piśmie swe prace:

Prof. Jurasz z Poznania („O postępach w chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa");

Prof. Michejda z Wilna („Z dziedziny chirurgji narządu żółciowego");

Docent Glatzel z Krakowa („Chorobowy skręt esicy");

Docent Nowicki z Krakowa („O patogenezie zakaźnego zapalenia kości na podstawie badań doświadczalnych", „Zniekształcające zapalenie stawów wywołane doświadczalnie przez zakażenie" i „Powstawanie ostrej martwicy trzustki");

Docent Pisarski z Krakowa („O metodach sprawności czynnościowej nerek, w świetle nowoczesnych poglądów na wytwarzanie moczu");

Docent Oszacki z Krakowa („Wymiana gazowa, jej teorja i zastosowanie kliniczne");

Dr. Jasieński z Krakowa („O bakterjofagji" i „Diagnostyka swoista gruźlicy pozapłucnej");

Dr. Skubiszewski z Poznania („Skuteczność wycięcia nerwu współczulnego okołotętniczego w zespołach bólowych na kończynach dolnych");

Dr. Szlingmann z Poznania („Zaopatrzenie kikuta moczowodu po wycięciu nerki gruźliczej");

Dr. Krotowski z Poznania („Leczenie złotem gruźlicy kości i stawów");

Dr. Janik ze Lwowa („Wrodzone torbielowate rozszerzenie przewodu żółciowego wspólnego"),

Tytuły poszczególnych prac świadczą o różnorodności poruszanych tematów, wchodzących w zakres wszystkich niemal działów chirurgji i dziedzin z nią związanych. Największa z prac zawiera 220, wiele przekracza 100 stron druku.

Już samo zjawienie się tego rodzaju prac polskich z zakresu chirurgji, wychodzących z wszechnic polskich, wywołało konieczność powstania pisma o charakterze archiwalnym i na zawsze dostatecznie uzasadniło potrzebę jego istnienia. Do niedawna bowiem posiadaliśmy jedno tylko pismo chirurgiczne — „Polski Przegląd Chirurgiczny" — organ Polskiego Towarzystwa Chirurgów, które ze względu na swój charakter i ograniczone środki materjalne ogłaszało drukiem tylko krótkie prace i doniesienia, większe zaś było w stanie umieszczać tylko na koszt ich autora. Stan ten odbijał się dotkliwie na pracach, które wykonano w uniwersyteckich zakładach i które niejednokrotnie latami pozostawały nieogłoszone drukiem. Wpływało to niekorzystnie na postęp nauki polskiej, wstrzymywało rozpęd młodych pracowników i powodowało zaleganie nieopracowanych materjałów, przedstawiających nieraz duże znaczenie dla nauki. Potrzeby zaś wydawnicze w miarę coraz szybszego tempa pracy licznych już uniwersyteckich zakładów chirurgicznych, i to coraz lepiej zorganizowanych i dotowanych, będą ustawicznie wzrastały.

Drugim zasadniczym celem redakcji było wydawanie narówni z zeszytami polskiemi oddzielnych zeszytów zagranicznych — propagandowych. Cel ten, nie mniej ważny, udało się osiągnąć dopiero przed kilku tygodniami dzięki pewnej pomocy materjalnej, otrzymanej z Funduszu Kultury Narodowej. Potrzeby podobnych wydawnictw zbytecznem byłoby udowadniać. Zrozumiały ją oddawna kraje Skandynawskie, wydając swe „Acta chirurgica", „medica", „radiologica" i t. d. „Scandinavica". Język polski jest niedostępny dla zagranicy; pisma zagraniczne nie posiadają referentów dla naukowego piśmiennictwa polskiego, a jeśli to robią, to na podstawie drukowanych przez niektóre pisma polskie streszczeń prac w języku obcym. Zresztą tylko niektóre z prac drukowanych po polsku przedostały się dotychczas w formie krótkich streszczeń do literatury światowej. Streszczenia te niejednokrotnie nie dawały dostatecznego wglądu w metodę pracy, zaledwie pobieżnie potrącały wyniki i wnioski ostateczne, i wiele pierwszorzędnych walorów naukowych było w nich z prawdziwą stratą dla nauki wogóle, a z uszczerbkiem dla nauki polskiej pominięte. Stąd też niejednokrotnie wartościowe prace polskie giną dla zagranicy, która koniec końców nic o nas nie wie. Drukowanie zaś prac polskich w czasopismach zagranicznych ma również pewne strony ujemne. Niejednokrotnie w nagłówku zostaje umieszczony tylko tytuł artykułu i nazwisko autora, i mało kto domyślić się może, że chodzi tu o pracę polską. Nie zawsze też łatwo bywa umieścić przetłumaczoną pracę w czasopismach zagranicznych. Jeśli o chirurgję chodzi, to ma ona zupełnie zamknięty dostęp do pism niemieckich. Wyraz temu dali w roku ubiegłym chirurdzy niemieccy, bojkotując „z zasady" międzynarodowy Kongres Chirurgów, jaki odbył się w Warszawie. Inne kraje europejskie z tych czy innych względów wyszukują trudności w umieszczaniu prac polskich i robią to naogół niechętnie. Szowinizm naukowy jest nie mniej rozpowszechniony od narodowego. Chcąc czy nie chcąc musimy się z tem pogodzić i myśleć o wydaniach zagranicznych nie licząc się z wydatkami jakie za sobą pociągną.

Zajęcie odpowiedniego i należytego stanowiska w światowej literaturze jest w dobie obecnej tem ważniejszem zadaniem chirurgji polskiej, że uwaga zagranicy z pośród krajów słowiańskich jest właśnie na nas skierowana, czemu dał wyraz wybór Warszawy — jako miejsca Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów w roku ubiegłym. Wydawnictwo zagraniczne ma również znaczenie ogólno-polityczne. Przedstawiciele chirurgów czeskich w osobie profesora Jiraska z Pragi z uznaniem powitali myśl wydawnictwa chirurgicznego w językach znanych w świecie naukowym i oświadczyli gotowość umieszczania swych prac w „Chirurgji Klinicznej". Pismo, wydawane w Polsce, może więc skupiać koło siebie poważniejsze chirurgiczne prace Słowian, a tem samem podkreślać wobec zagranicy naukowe przodownictwo Polski.

Wydany w języku francuskim i angielskim tom zagraniczny „Chirurgji Klinicznej" p. t. „Chirurgia Clinica Polonica" pod względem treści i formy wygląda okazale. Zawiera najlepsze prace oryginalne ogłoszone w dwu tomach wydania polskiego. Na całość składa się 5 prac, zajmujących 424 stron druku. Zewnętrzna strona wydania nie tylko nie ustępuje, ale nawet przewyższa wiele wydawnictw zagranicznych. Krótki wstęp w 4 językach: francuskim, angielskim, włoskim i niemieckim tłumaczy czytelnikowi cel wydawnictwa.

Propagandowy ten tom, jak się dowiadujemy, bezpłatnie otrzymały od redakcji wszystkie czasopisma chirurgiczne w Europie i Ameryce, wszystkie niemal europejskie uniwersyteckie kliniki chirurgiczne, niektóre Towarzystwa chirurgów i t. d. Przedstawicielstwo na zagranicę otrzymała księgarnia francusko-polska w Paryżu.

Wielki ten wysiłek ze strony Dyrekcji krakowskiej Kliniki Chirurgicznej, na barkach której obecnie głównie spoczywa całe wydawnictwo, winien się spotkać z uznaniem i poparciem. Należy atoli rozumieć jakie redakcja ma do pokonania trudności finansowe! Istnieją one mimo uzyskania jednorazowej nieznacznej pomocy materjalnej ze strony Państwa — z Funduszu Kultury Narodowej. Mamy nadzieję, że nasze ministerstwa oświaty i spraw zagranicznych, widząc tak obfity plon dotychczasowej pracy, znajdą fundusze, które umożliwią dalszą egzystencję pisma i rok roczne wydawanie zeszytów polskich i zagranicznych.

J. Kostrzewski.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 13, z 30 marca 1930: Sprawy zawodowe.

Opieka nad dzieckiem, rok VII, nr. 6, za listopad-grudzień 1930: Ś. p. Prof. Dr. Ireneusz Wierzejewski. — 10-lecie istnienia Międzynarodowego Związku pomocy dzieciom. — Ratujcie dziecko. — Z pośmiertnych pism Eglantyny Jebb. Podał Dr. Gromski.

Wiadomości lekarskie, rok III, nr. 3, z marca 1930: J. Szumski: W obliczu reorganizacji lecznictwa Kas Chorych. — O. Elsterowa: O hormonie przedniego płatu przysadki mózgowej i o jego działaniu na narządy płciowe. — Schieber: Jakie usługi oddaje roentgenodiagnostyka lekarzowi praktykowi.

Medycyna praktyczna, rok IV, zeszyt 3, z r. 1930: L. Korczyński: Początki i ewolucje balneoterapji. — M. Staroniewicz. Kryterja czynności procesów gruźliczych (dok.). — K. Śniegowski: Środki nasercowe. — L. Podkomorski: Szatnia lekarska jako środek przeciwpotny.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 7, z 1 kwietnia 1930: Przemówienie prodziekana prof. dr. S. Różyckiego w imieniu Rady Wydziału lek. U. P. na pogrzebie ś. p. prof. J. Wierzejewskiego. — M. Grobelski: Ś. p. prof. Dr. Ireneusz Wierzejewski. — P. Gantkowski: Stosunek polskich uzdrowisk do zagranicznych. — F. Obarski: Przypadek ostrego otrucia stężonym kwasem octowym z wysypką, z hematurją i hemoglobinurją oraz z żółtaczką. — A. Trzecieski: O środkach przeciwgorączkowych (dok.).

Młoda matka, nr. 7, z r. 1930: S. Popowski: „Gruźlica i wiosna". — Z. Glińska: O izolacji i dezynfekcji. — T. Lewenfischowa: Wspólne łóżko w niemowlęctwie. — J. Michałowicz: Czy wolno naszym dzieciom jeździć na rowerze? — G. Bychowski: O dziecku nerwowem. — Ryta Grüs: Kształcenie słuchu dzieci w wieku przedszkolnym. — St. Lewartowicz: Uczuciowe zabarwienia dzieciństwa. — J. Brzósko-Gudersk a: Dziecięcy ogródek. — Odpowiedzi na listy rodziców.

Pamiętnik wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. Bat., rok VI, zeszyt 1, za styczeń i luty 1930: W. Jakowicki: Ś. p. prof. Dr. Aleksander Rosner. — J. Ryll-Nardzewska: Badania nad grupami krwi na materjale kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. — F. Kasperowicz: Śmiertelność niemowląt m. Wilna. — J. Muraszko: Półpasiec a ospówka. — A. Wirszubski: Objawy głodu morfinowego u noworodka. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875 (ze wspomnień osobistych).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 7, z 1 kwietnia 1930: Sekcja lekarzy zdrojowych. — Z banku lekarzy. — Sekcja chirurgiczna Zw. lekarzy słowiańskich. — B. Jakimiak: Co należy wyjaśnić przez rozporządzenie wykonawcze do nowej ustawy szpitalnej. — A. Karwowski: Nowa ustawa szpitalna

a szpitalnictwo, zwłaszcza w Polsce zachodniej. — J. Białasik: Szpitalnictwo kongregacyjne. — Ksiądz Janiak: Nowa ustawa a szpitale kongregacji. — St. Czerwiński: Afekt patologiczny a silne wzruszenia duchowe.— Z. Rudolf: Akcja sanitarno-porządkowa w latach 1927-1929 oraz plan działalności na rok 1930.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 14, z 3 kwietnia 1930: N. Ambaszówna: Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca (c. d.). — P. Goldstein: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia. — St. Hirszberg: Współczesne poglądy na leczenie tocznia zwykłego (Streszcz. zbior.). — Winer-Bezbergowa i Penson: O stosowaniu kardiazolu w durze brzusznym. — B. Żmigród: Samorządy a ustawa szpitalna (dokończenie).

———————

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

Nr. 19. — 1930.

E. Dancelot i R. Boncomont: *Infarkt mięśnia sercowego pod postacią dusznicy.* Ta sprawa chorobowa ma ściśle określony obraz kliniczny. 1) ból przy dusznicy bolesnej ale bardzo silny i długo trwający — nawet całemi dniami; 2) spadek znaczny ciśnienia tętniczego; 3) gorączka 38—38,5°; 4) tarcie osierdziowe delikatne, przelotne; 5) zespół objawów elektrokardiograficznych, patognomonicznych dla tego cierpienia (z. pracę oryginalną). Jest to wedle autorów, cierpienie bardzo poważne, śmierć następuje zwykle w pierwszych 3 tygodniach, po tym okresie może nastąpić wyzdrowienie z napadu ale nie z cierpienia naczyń wieńcowych serca — to zejście pomyślne autorowie obserwowali tylko w 14% wypadków. Co do leczenia: W czasie napadu można bez obawy stosować morfinę. Co do leczenia samej sprawy chorobowej poza napadami — t. j. w schorzeniu naczyń wieńcowych serca — stosuje się *digitalis, strofantus,* podczas napadu stosuje się jeszcze z dobrym skutkiem ouabainę i adrenalinę domięśniowo.

Towarzystwo lekarzy szpitali w Paryżu. W towarzystwie tem Forestier omawia 28. II. 1930 48 przypadków *polyarthritis chr.* leczonych z dodatnim wynikiem allochrysyną (złotem). Wstrzykiwania były robione co 5—7—10 dni. W razie zmniejszonej tolerancji na ten preparat autor poleca zmniejszać dawki. Wstrzykiwania były robione wśródmięśniowo.

Marianne Romme: *O psytakozie — Papuzia choroba.* Choroba ta nie posiada objawów patognomonicznych — rozpoczyna się nagle silnemi bólami głowy, kończyn, wysoką gorączką, zaburzeniami żołądkowemi i jelit. lub objawami ze strony płuc — psychicznem zamroczeniem jak przy durze. W cięższych przypadkach przeważają objawy płucne. U starszych osobników niebezpieczeństwo jest większe. Powiększenie wątroby i śledziony, białkomocz. Wśród tych objawów ciężkich niechakterystycznych jedno jest pewne: Kontakt z papugą. 30% śmiertelności. Leczenie polega na zwalczaniu ciężkich objawów sercowo-płucnych.

M. Labbé, Boulin et Besancon: *Przypadek diabetes insipidus — badania na czynnik antidiuretyczny wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej.* Autorowie podają (w stowarzyszeniu lekarzy szpitalnych w Paryżu) historję choroby młodej kobiety, która po ciężkiej anginie zachorowała na poliurję i silne pragnienie. 14 miesięcy później wystąpiły wszystkie objawy dystrofji ze strony narządu płciowego — zanik miesiączki, *uterus infantilis* i później dopiero wystąpiła *adipositas* — znaczne pokłady tłuszczu w powłokach brzusznych na biodrach i gruczołach piersiowych. Przypadek klinicznie ciekawy o tyle, że objawy poliurji, zaburzenia płciowe i *adipositas* ustępowały kolejno, oddzielnie.

Leczenie polegało na wstrzykiwaniu wyciągu przysadki. Autorowie starali się wyodrębnić czynnik antidiuretyczny z tętniczej części przysadki mózgowej, co im się też zupełnie udało. Substancja ta znajduje się w części przesączynowej wyciągu tylnej części przysadki.

Nr. 20. — 1930.

Merklen i Wolf: *O wyzwalaniu się ciałek krwi i związku czynnościowym między szpikiem kostnym a krwią.* Wyzwalaniem ciałek krwi, oznaczają autorowie szereg zjawisk, które sprawiają, że ciałka białe i ciałka czerwone wszelkiego kształtu i stopnia dojrzałości oddzielają się, uwalniają się ze szpiku i ośrodków krwiotwórczych i rozchodzą się we krwi. Charakteryzuje się to zjawisko bardzo szybkiem pojawieniem się (w kilku godzinach), we krwi krwinek tego samego typu co w szpiku. Wedle autorów 2 czynniki wpływają na to zjawisko: 1) skład chemiczno-fizyczny plazmy krwi, 2) skład pierwotny krwinek. Na tem zdaje się polega skuteczne działanie wątroby przy niedokrwistościach. Wątroba i jej wyciągi zdają się mieć specjalny wpływ na wyż wspomniane czynniki dla uregulowania stosunku między krwią a narządami krwiotwórczemi.

Lonis Ramond: *Spirochetosis-ictero-hemorragica.* Autor opisuje przypadek *spirochetosis-ictero-hemorrhagica* bakterjologicznie stwierdzony u osoby 34 letniej, która kąpała się w rzece — w tej mają ujścia liczne kanały wody miastowej obfitującej w myszy i szczury, i tutaj autor upatruje źródło tego ciężkiego zakażenia, które po 47 dniach skończyło się wyzdrowieniem.

Nr. 21. — 1930.

H. Grenet: *Postacie niestawowe reumatyzmu.* Autor stara się zwrócić uwagę na cierpienia reumatyczne niestawowe i powiada, że reumatyzmu trzeba szukać i znajduje się go wśród rozmaitych okoliczności. Do rozpoznania natury reumatycznej cierpienia nie są potrzebne objawy stawowe t. j. obrzęki lub bóle w stawach; ale przy stanach infekcyjnych gdzie występują objawy wśródsierdziowe, osierdziowe i skuteczność leczenia salicylowego można śmiało rozpoznać cierpienie natury reumatycznej. Tem rozpoznaniem można w prosty sposób uzdrowić wiele ciężkich przypadków, które same przez się nie miały żadnych objawów reumatyzmu. Autor przytacza historje chorób kilku klasycznych przypadków dla poparcia swego twierdzenia.

Nr. 22. — 1930.

L. Bernard: *Początek gruźlicy płucnej t. z. intercleidohilaire.* Autor oznacza jako *„zone intercleido-hilaire"* okolicę *radiologicznie* ściśle określoną, położoną między cieniami t. z. wnękowemi a łopatką. Wedle autora tu jest siedziba najczęstsza początkujących zmian gruźlicy płuc o osobników młodych. Zmiany te przedstawiają zaostrzenie zmian dawnych. *Zona intercleidohilaire* ma wedle autora ogromne znaczenie rozpoznawcze praktyczne, gdyż pozwala na wczesne rozpoznanie zmian gruźliczych, które się usuwają z pod perkusji i auskultacji. Często okolica ta nie daje się wykazać samem prześwietlaniem, tylko na zdjęciach radjograficznych.

Nr. 23. — 1930.

R. Mignot: *Leczenie wewnętrzne ropni płucnych.* Autor poleca następujące leczenie wewnętrzne ropni płucnych: nalewkę z czosnku doustnie lub wstrzykiwania wśródmięśniowe, leczenie specjalną surowicą (nie bardzo rozpowszechnione), leczenie autowakcyną, preparatami arszenikowemi, emetyną, (często bardzo skuteczne), leczenie przez znaczne ograniczenie płynów *(la cure du soif),* a w końcu poleca autor bronchoskopję w niektórych przypadkach bardzo skuteczną — przeciwwskazana przy świeżem krwiopluciu i *pleuritis purulenta.*

Nr. 24. — 1930.

Schaefer i Horowitz: *Zaburzenia nerwowe w chorobie Slernberga.* Mechanizm zaburzeń nerwowych, mózgowo-rdzeniowych w chorobie Slernberga jest rozmaity. Najczęściej są to objawy uciskowe wychodzące z kości lub opony twardej mózgu, lub z powodu *pachymeningitis,* następnie zmiany korzonkowe, degeneratywne. Wskazane jest jak najwcześniejsze rozpoznanie i leczenie roentgenologiczne. Gdy już wystąpiły zmiany degeneratywne nawet leczenie promieniami X jest już bezskuteczne.

Basset i Poincloux: *Szczepienie regjonalne przez bramę wejścia. Zastosowanie tegoż przy salpingitis.* Autorowie radzą zastosować szczepionkę swoistą przy *salpingitis,* szczepienie ma być regjonalne przez bramę wejścia zarazka, pod warunkiem, że się uda oznaczyć etiologję *salpingitis,* i jeżeli można osiągnąć tkankę wrażliwą na szczepionkę specyficzną. Wedle autorów osiąga się tą metodą znaczne polepszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego, przy udoskonaleniu techniki tego zabiegu, autorowie spodziewają się jeszcze lepszych wyników leczniczych.

Fornet: Autor poleca bardzo gorąco stosowanie *insuliny per os w wypadkach cukrzycy,* i zarówno on jak i inni autorowie osiągnęli bardzo dobre wyniki lecznicze tą metodą przy równoczesnem zastosowaniu odpowiedniej diety.

Nr. 25. — 1930.

Laroche i Serane: *Nephritis chr. z azotemją bez hypertonji.* Autorowie opisują 166 przypadków *nephritis ch.* z azotemją, i z normalnem lub zmniejszonem ciśnieniem krwi. Dotknięci tem cierpieniem są to przeważnie ludzie młodzi, których ilość azotu we krwi nie przekracza 1. 1. Ogólne niedomagania, brak apetytu, bezsenność, inne objawy nerwowe, niezdolność do pracy, łatwe nużenie się, bóle głowy oto objawy dla których chorzy zasięgają porady lekarskiej. Białkomocz może być lub nie, często występuje jako *albuminuria intermittens* lub *ortostatica* tylko. Stan ogólny tych chorych, azotemja i niskie ciśnienie tętnicze skierują rozpoznanie na właściwe tory, i właśnie w początkowym okresie wyleczenie może być zupełne — i autorowie zwracają dlatego uwagę na istnienie tego cierpienia. Przyczynę hypotonji upatrują autorowie we wrodzonej niedomodze nadnerczy na tle gruźliczem, albo luetycznem, lub w zaburzeniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, nie mniej w przewlekłych zatruciach lub zakażeniach.

Mouzon: *Podstawy fizjologiczne dla organoterapji mózgowej.* Autor omawia szczegółowo prace doświadczalne Steinacha i Haberlanda, którzy niezależnie od siebie wynaleźli substancję w korze mózgowej i rdzenia — substancję zwiększającą ogromnie pobudliwość istoty której wstrzyknięto wyciąg mózgowy lub rdzeniowy. Jaka to jest substancja, czy należy do hormonów, lipoidów, czy da się otrzymać w formie czystej dla celów leczniczych to okaże przyszłość, na razie badania były przeprowadzone tylko na żabach.

Dr. F. Reichowa.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXVI Posiedzenie naukowe z dnia 15 listopada 1929.

Przekodniczy: Kol. Gąsiorowski.

1. Kol. Hilarowicz przedstawia: 1) *Przypadek ostrej rozstrzeni żołądka pooperacyjnej.* Wyleczony przez ponowną operację. Chory lat 40-tu, u którego z powodu wrzodu dwunastnicy miano wykonać resekcję z połączeniem końcowo-bocznem według Haberera. Po uwolnieniu obu krzywizn i uruchomieniu dwunastnicy chory doznał nagle zapadu, wskutek czego nie można było wykonać resekcji lecz połączono tylko żołądek z uruchomioną dwunastnicą (gastro-duodenostomja Kochera). Po 24 g. objawy ostrej rozstrzeni żoł., w wymiocinach brak żółci. Relaparotomja po 48 g. Żołądek wypełnia całą jamę brzuszną, zespolenie żoł.-jelitowe przednie z Braunem do czego dodano „drenaż wewnętrzny“ umieszczając w zespoleniu dren dla odprowadzania treści z porażonego żołądka i zamykając go zupełnie w świetle przewodu pokarmowego (metoda własna). Wynik doskonały. Natychmiastowa i trwała poprawa. Omówienie patogenezy sprawy. W przedstawionym przypadku należy odnieść powikłanie do wielu czynników, przedewszystkiem przecięcia więzadeł żołądka wykonanego dla zamierzonej resekcji, a dalej zmian zapalnych w ścianie żołądka, już istniejącej przedtem rostrzeni wskutek zwężenia a może i znieczulenia n. trzewnych i blokady n. błędnego. Sposób „drenażu wewn.“ poleca prelegent jako metodę wyboru w podobnych przypadkach.

2) *Chorego po prawie zupełnem wycięciu żołądka z powodu raka,* przyczem pozostawiono jedynie mały pasek błony śluzowej żołądka po stronie lewej wpustu, którym to paskiem otoczono wpust w formie manszetu metodą własną. Połączenie końcowo-boczne z pętlą jelita czczego bez Brauna.

3) Dwóch chorych *operowanych* przed pół rokiem z powodu *wrzodu sposobem Haberera (końcowo-boczne zespolenie żoładkowo-dwunastnicowe po resekcji).* Obydwaj pracują ciężko zawodowo, jedzą wszystko i nie mają najmniejszych dolegliwości. Omówienie zalet sposobu który łączy w sobie zalety metody Rydygiera i Bilrotha II.

4) Komunikat o przypadku przedstawionym w Tow. Lek. przed 5 laty jako *„linitis plastica“,* w którym to preparacie resekcyjnym wówczas nie stwierdzono mimo najstaranniejszego badania komórek rakowych. Obecnie chora po 5 latach względnego zdrowia została operowaną na klinice z powodu nowych dolegliwości, przyczem stwierdzono raka pozostałej części żoładka. Omówienie patog. sprawy oraz pokaz preparatów.

5) Chorą leczoną operacyjnie z powodu *ostrej martwicy trzustki.* Operacja w 6-tym dniu choroby bez pewnego rozpoznania z powodu niejasnych objawów, przyczem badań sposobem Wohlgemutha i in. nie można było wykonać z powodu pilności zabiegu. Omówienie nowych statystyk schorzenia oraz niektórych szczegółów rozpoznawczych.

6) Przypadek bardzo ciężkiej *kamicy przewodu żółciowego wspólnego* wyleczony operacyjnie — obecnie bez najmniejszych dolegliwości.

7) *Sztuczny zwieracz odbytu* u chorego z wielkiem wypadnięciem kiszki po odjęciu kiszki prostej z powodu raka i założeniu odbytu krzyżowego. Po ściągnięciu kiszki przewleczono ją przez szczelinę w mięśniu pośladkowym lewym, poczem po kilku dniach nadmiar kiszki odpalono Paquelinem. Demonstracja skurczu sztucznego zwieracza.

8) Przypadek *wycięcia kości ramieniowej* z powodu mięsaka u chłopca 18-letniego z przeszczepieniem strzałki i zupełnem wgojeniem tejże. Pokaz roentgenogramów, omówienie procesu wgajania się „żywego“ tego rodzaju przeszczepów i przystosowywania się ich do nowej czynności.

9) Przypadek *po wycięciu częściowem żuchwy* z powodu mięsaka u dziewczyny 19-letniej z plastycznem pokryciem ubytku brody skórą pobraną częściowo z szyi częściowo z ramienia. Dobry wynik kosmetyczny. Chorej ma być jeszcze wszczepiona kość w miejsce brakującej żuchwy.

10) Przypadek *bardzo rozległego nowotworu twarzy (raka)* zajmującego brodę, całą żuchwę, dno jamy ust i skórę aż po kość gnykową, wargę dolną, część policzka i wargi górnej, wyleczonego operacyjnie; celem pokrycia olbrzymiego ubytku wykonano *plastykę Lexera* z głowy uzyskując najpierw pokrycie dna jamy ustnej; w dalszych aktach pokryto z płatu Lexerowskiego ubytek policzka; część wargi górnej i dolnej ma się uzyskać w dalszym akcie z szypuły płatu przyszytego obecnie do wargi górnej (plastyka wędrująca).

11) Przypadek *nowotworu (rak) twarzy* zajmującego całą wargę górną, część dolnej, nos, policzek prawy, kość jarzmową, górnoszczękową prawą, drążącego do jam sąsiednich nosa. Nowotwór usunięto częściowo nożem, częściowo elektrokoagulacją uzyskując wyleczenie anatomiczne. Olbrzymi ubytek ma się pokryć płatem podwójnym, dla uzyskania którego obecnie przygotowano dwa wielkie płaty skóry z boku klatki piersiowej i z ramienia lewego, które zszyto, zwracając je ku sobie powierzchniami rannemi.

W dyskusji Kol. Ostrowski: Przypadki zgorzeli trzustki zdarzają się coraz częściej, śmiertelność ich jednak nie jest teraz tak wysoką, jak przed wojną. Czasem wystarczy już otwarcie jamy brzusznej do wyleczenia, w niektórych przypadkach możliwe iż nastąpić może samouleczenie.

Kol. Grek: U chorego z wrzodem pozaodźwiernikowym próbowano leczenia bezoperacyjnego sposobem Morawitz-Henninga. W przypadku tym poprawy jednak nie osiągnięto i odesłano go do operacji. W związku z przypadkiem zupełnej resekcji żołądka z powodu raka zwraca mówca uwagę na to, iż obecne badanie internistyczne nie pozwala na pewne orzeczenie, czy dany przypadek nadaje się jeszcze do operacji, czy też nie.

Kol. Pisek obserwował w r. b. 2 przypadki ostrej atonji żołądka, właściwie ostrego *porażenia żołądka i gastroplegia.* Jeden przypadek dotyczył mężczyzny lat 40, operowanego z powodu *appendicitis* (na prowincji). W kilka dni po zabiegu: olbrzymie wzdęcie, nieustające wymioty płynne w ilości znacznie większej niż przyjmowane dotąd doustnie płyny. Obok wzdęcia, pluskanie poniżej pępka. Brak zupełny peristaltyki. Po przemijającej poprawie, badany w 3 dni później status quo, chory zmarł. Drugi przypadek dotyczył mężczyzny około 40 lat liczącego — we Lwowie. Po szczęśliwie dokonanej *appendectomji* rozwinął się w 4 dni później typowy obraz *gastroplegji.* Powikłanie stanowiła w tym przypadku cukrzyca i przewłoczne zapalenie nerek. Przepłukiwaniami żołądka, kroplowemi lewatywami, dożylnemi wlewaniami, przetworami nasercowemi, ułożeniem chorego na boku prawym, okresowo i na brzuchu, lub na kilkanaście minut w położeniu kolankowo-łokciowem, zastrzykami strychniny utrzymać drugiego chorego przy życiu i krótkotrwałych poprawach, nie udało się. Obaj chorzy zmarli. Nowsi autorowie polecają cholinę dożylnie; atropinę i morfinę, uważają niektórzy jako niestosowne. Pod względem rozpoznawczym brak peristaltyki odróżnia gastroplegję od gastro-mesenteralnej, raczej arteriomesenteralnej, niedrożności jelita pod dwunastnicą. Przypadki gastroplegji w 70% podług Necka, zaś podług Niedena w 50% kończą się śmiertelnie. Opisano też przypadki sekcyjne w których nie można było stwierdzić czy pierwotnie wystąpiło

zamknięcie dwunastnicy, a następową była gastroplegja, czy też odwrotnie.

Kol. Zaleski opisuje spostrzegany przez siebie przypadek pierwotnej rozstrzeni żołądka u żołnierza, po spożyciu niedogotowanej fasoli.

2. Kol. Gruca A. przedstawia. a) Przypadek *ciał wolnych w łokciu.* 18-letnia dziewczyna przed 3 miesiącami uderzyła silnie łokciem o brzeg stołu. Po minięciu pierwszych objawów urazowych — ruchy w łokciu były wolne i niebolesne. Przed 3 tygodniami zjawił się ból, obrzęk łokcia i coraz większe ograniczenie ruchów. Z chwilą przyjęcia na klinikę wyprostowanie było ograniczone o 50% zgięcie o 30%, powyżej główki kości promieniowej był widoczny obrzęk — bolesny przy ucisku. Zdjęcie Roentgenowskie wykazało ciało wolne kuliste, wielkości grochu na wysokości wyniosłości główkowatej kości ramieniowej. Przy zabiegu stwierdzono poza „myszką“, którą wykazało prześwietlenie, drugą taką samą, leżącą luźno w załamku torebki w miejscu odpowiadającem obrzękowi. Oba ciała usunięto, a łożysko ich wyrównano. W przypadku tym po urazie powstał ograniczony martwiak w obrębie chrząstki stawowej, który został wydzielony, w pozostałem łożysku wytworzył się drugi. Zjawisko to tłumaczy, skąd biorą się nieraz liczne bardzo ciała wolne specjalnie w stawie łokciowym. Z drugiej strony, uzasadnia konieczność rychłego zabiegu, nim powstaną wtórne zmiany zniekształcające w całym stawie. Obecnie 2½ tygodnia po zabiegu chora jest bez dolegliwości, ruchomość w łokciu zupełnie wolna. Wobec wyrównania chrząstki stawowej niema już warunków do powstawania dalszych wolnych ciałek;

b) *Trzy przypadki plastyki stawu kolanowego.* Mężczyzna lat 23, przed kilku laty przebył ostre zapalenie stawu kolanowego, po skaleczeniu siekierą, zakończone kostnem zesztywnieniem pod kątem rozwartym. U chorego przed 7-miu tygodniami wykonano plastykę stawu z wszczepieniem wolnego płatu powięzi szerokiej. Obecnie ruchomość czynna wynosi ok. 45% prawidłowej. Obciążanie kończyny jest niebolesne. Stan poprawia się z dnia na dzień.

c) Dziewczyna lat 23. Przed 2½ rokiem przebyła zapalenie stawu kolanowego na tle nieznanem. Zakończone *kostno-łączno-tkankowem zesztywnieniem w ułożeniu wyprostnem.* Przed 3 tygodniami wykonano plastykę tym samym sposobem jak w przypadku poprzednim. Chora obecnie wykonuje ćwiczenie bierne bez obciążenia kończyny. Zgięcie wynosi około 75°.

d) Dziewczyna lat 17. Do kliniki zgłosiła się *z przykurczem w kolanie i nadwichnięciem ku tyłowi po stanie zapalnym* przypuszczalnie gruźliczym, przebytym około 9 r. ż. U chorej wykonano taki sam zabieg, jak w przypadkach poprzednich. Chora kończyny jeszcze nieobciąża, zgięcie bierne dochodzi 90°, czynne nieco mniej.

Plastyki stawu kolanowego są zabiegami, które nie zawsze dają wynik zadawalniający, wymagają długiej pracy chorego i lekarza po operacji. O ile jednak pewna ruchomość da się utrzymać po okresie krytycznym, występującym w 6—8 tygodni po zabiegu, stan poprawia się stale do dwu lat, kiedy tworzenie nowego stawu jest zwykle ukończone i wyniki są trwałe.

e) *Dwa przypadki plastyki stawu biodrowego.* Chora lat 28. zgłosiła się do kliniki z powodu daleko posuniętych zmian zniekształcających jednego biodra, z przykurczem, bólami i ograniczeniem ruchów na tle wrodzonego niedorozwoju dachu panewki i nadwichnięcia kości udowej. Przed 5 tygodniami wyrównano operacyjnie główkę, zesuwając grzybowate narośle na brzegach i nierówności na główce, pokryto główkę powięzią szeroką oraz rozszerzono dach panewki przez wszczepienie wolnej płytki kostnej. Od tygodnia chora chodzi o kulach. Zgięcie w biodrze dochodzi do 80°, obciążać zacznie kończynę silniej po dalszych trzech tygodniach.

f) Chora lat 30-kilku zgłosiła się do kliniki z zupełnem *zesztywnieniem obu bioder,* jedno w zgięciu i przywiedzeniu, drugie w zgięciu i odwiedzeniu. Pierwszą plastykę wykonano przed 6 tygodniami na biodrze lewem. Kość główki była bardzo miekka i w wyciągu zdeformowała się. Obecnie kończyna jest ustawiona prawidłowo, ruchy wyrabiają się. Przed 3 dniami zoperowano w ten sam sposób biodro drugie.

Plastyki stawu biodrowego są zabiegami bardzo poważnemi ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia dużej rany operacyjnej. Przy prawidłowym przebiegu jednak widoki na uzyskanie wystarczającej ruchomości są znacznie lepsze, niż przy stawie kolanowym. Bezwzględnem wskazaniem do plastyki biodra jest zesztywnienie obu bioder.

g) *Dwa przypadki opracyjnego usztywnienia stawu biodrowego.* Chora lat 19. Przez 6 lat cierpiała z powodu swoistego zapalenia stawu biodrowego z przetoką. Przed 1½ rokiem wykonano u chorej usztywnienie stawu odmianą własną sposobu Mathieu, obecnie chora chodzi i siada bez trudności. Stan ogólny poprawił się bardzo znacznie, zdjęcie Roentgena wykazuje, że wszczepione płytki kostne wytworzyły silny blok, łączący okolicę krętarza wielkiego, miednicy i zagojenie się sprawy zapalnej w szyjce;

h) Pokaz ponowny chorego lat 31, z przewlekającą się *gruźlicą biodra.* U chorego wykonano usztywnienie sposobem, zbliżonym do sposobu Delbeta, operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej z małego cięcia. Chory jest jeszcze w leczeniu, bóle wszelkie w kończynie już ustały. Operacyjne usztywnianie stawu jest wskazane w przewlekającej się gruźlicy biodra i w niezupełnych zesztywnieniach. Wykonywane bez otwarcia ognisk zapalnych nie przedstawiają większego niebezpieczeństwa dla chorego, a ustalając staw umożliwiają szybkie ustąpienie objawów podmiotowych i gojenie się sprawy zapalnej, i dlatego ten zabieg zasługuje na gorące polecenie;

i) *Pokaz własnego pomysłu szyny do leczenia złamań kości udowej.* Szyna wykonana z rurek metalowych daje się dostosować do każdego wieku chorego i umożliwia ruchy kolana przy równoczesnym wyciągu biodra. Pozatem nadaje się do złamań podudzia, do ułożenia i wyciągu po zabiegach na biodrze, do otwartego leczenia ran i do ćwiczeń po zabiegach wytwórczych na kończynie dolnej (ukaże się obszernie w Pol. Gaz. Lek.);

j) *Pokaz stołu ortopedyczno-operacyjnego własnego pomysłu.* Stół jest dostosowany do wszystkich zabiegów, wchodzących w zakres nowoczesnej chirurgji ortopedycznej — na kończynach i kręgosłupie, a pozatem służyć może, jako zwykły stół operacyjny. Obszerny opis stołu ukaże się w Pol. Gaz. Lek. Stół wyrabia firma Konrad i Jarnuszkiewicz w Warszawie.

3. Kol. Janik przedstawia: 1) *Przypadek gruźlicy podpotylicznej (malum suboccip. tbc.).* Jest to sprawa stosunkowo rzadka. Rozpoznanie postawiliśmy na podstawie bolesności przy opukiwaniu kręgu szczytowego i obrotowego, przy obciążaniu głowy, na podstawie bolesności przy ruchach głowy, wskutek czego chora utrzymuje głowę bojaźliwie w jednem położeniu, na podstawie porażeń 4-ch kończyn, pęcherza, odbytnicy i niezupełnego porażenia nerwu podjęzyk. l., nierówności źrenic, charakterystycznego obrazu roentg.. Leczenie polegało na zastosowaniu wyciągu na głowę i podawaniu znanych środków ogólnych, między innymi lipatrenu. Po 3-ch tygodniach ukazały się pierwsze ruchy w ręce lewej, stopniowo i stale się poprawiające, po 4-ch tygodniach nieznaczne ruchy w ręce prawej. Stan ogólny znacznie się poprawił, obraz krwi znacznie korzystniejszy, niż z chwilą przyjęcia na klinikę. Rokowanie jest dobre, o ile dostateczną będzie troska o porażony pęcherz, który z łatwością może ulec zakażeniu. Nawiasowo należy zaznaczyć, że nawet w okresie znacznej poprawy może nastąpić nagła śmierć z powodu nieznacznego nawet urazu (przesunięcie) kręgu.

2) *Przypadek thoracoplastyki sp. Sauerbrucha:* chory przebył w grudniu 1928 zapalenie płuc, poczem rozwinął się otok ropny opłucny, leczony w Przemyślu (wycięcie żebra). Po 6-ciu miesiącach zadowalniającego stanu nastąpiło nagłe pogorszenie, a przez bliznę operacyjną przebił duży ropień. Stwierdziliśmy u tego chorego ogromną jamę ropną w zakresie opłucny lewej, sięgającą do 3-go żebra. Wykonaliśmy thoracoplastykę sp. Sauerbrucha. Zabieg trwał 30 m. w uśpieniu awertyną, która okazała się w takim wypadku doskonałym środkiem usypiającym. Wycięliśmy 6 żeber na przestrzeni 15 cm., w warstwę mięśniową włożyliśmy długi sączek gumowy, biegnący od góry ku dołowi. Przebieg pooper. był zupełnie prawidłowy. Po 20-tu dniach chory opuścił klinikę.

Zabieg ten ma duże zalety: trwa krótko, dostęp do żeber zwłaszcza do kątów żebr. jest bardzo dobry, rana stosunkowo nie duża, zapadnięcie klatki piers. dostateczne i t. d. Zaznaczyć należy, że stan chorego był podupadły.

XXVII Posiedzenie naukowe z dnia 29. listopada 1929.

Przewodniczy: Kol. Grek.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci wiceprezesa Towarzystwa ś. p. dr. Szczepana Mikołajskiego, dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia i poświęca Mu wspomnienie pośmiertne. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie. Przewodniczący przerywa na znak żałoby posiedzenie na przeciąg 5 minut.

2. Kol. D e m i a n o w s k a M. przedstawia a) dwoje rodzeństwa *z objawami zajęcia jąder podstawowych*. U obojga rodzeństwa liczących obecnie, siostra lat 32, brat 29, początek choroby sięga 10 i 12 roku życia, w którym to czasie wystąpiły u nich ruchy przymusowe w prawej ręce; stan ulegał powolnemu pogorszeniu silniejszemu u brata jak u siostry. Obecnie stwierdza się u brata drżenie głowy i szczęki dolnej o typie parkinsonowskim, podobne drobne drżenia w obu rękach z przewagą prawostronną, nadto w barkach i kończynach górnych zrywania mięśniowe przypominające częściowo myoklonję a częściowo kurcz torsyjny. Objawy powyższe w kończynach dolnych tylko zaznaczone. W drogach motorycznych nie stwierdza się żadnych zmian, napięcia mięśniowe nie wzmożone, czucie nie zaburzone. Badanie krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i funkcji wątroby dały wynik ujemny, nie stwierdzono żadnych zmian ocznych. Zupełnie analogiczny stan tylko w słabszym stopniu wykazano u siostry badanego. Wobec powyższych zmian ruchowych przy ujemnym zresztą wyniku badania systemu nerwowego przyjęto sprawę chorobową degeneracyjną jąder podstawowych z pogranicza pseudosclerozy i kurczu torsyjnego;

b) 25 letnią chorą, u której przed 18 miesiącami w cztery tygodnie po porodzie wystąpiło *osłabienie kończyn górnych, następnie dolnych i utrudnienie mowy*. Przedmiotowo stwierdzono typowy obraz *sclerosis lateralis amyotrophica*. Młody wiek chorej, szybki rozwój choroby, wystąpienie w okresie poporodowym przemawiają za infekcyjno-toksycznem tłem choroby.

3. Kol. T o m a n e k Z. przedstawia a) przypadek z podejrzeniem na *teratoma cysticum śródpiersia*, wrastający do płuca prawego, u mężczyzny l. 36. Haematoma i bąblowiec dały się w tym przypadku dosyć pewnie wykluczyć. Również i torbiel skórzasta mogłaby wchodzić w rachubę. W piśmiennictwie spotyka się tych przypadków nie wiele. Pohl zestawił 52 przyp., Prym również tyle, Böhming 70, zaś Hertzel 72. Przejście torbieli skórzastej w zwyrodnienie złośliwe jest względnie rzadkie. Dangschat stwierdził to 4 razy na 44 przyp., zaś Morris tylko 5 na 57 przyp.. Być może że w przypadku pokozanym chodziłoby raczej o złośliwego potworniaka torbielowatego;

b) przypadek *ziarnicy złośliwej* o przebiegu typowym u mężczyzny 21 lat, lecz ze rzadkiem równoczesnem umiejscowieniem tych zmian w płucu prawem. Rozpoznanie ich oparło się wyłącznie na wyniku badania roentgenowskiego, gdyż fizykalnie nie było żadnych objawów. Gruźlicę płuc w tym przypadku można wykluczyć wobec charakterystycznego obrazu roentgenowskiego, ujemnych odczynów tuberkulinowych, słabo dodatniej próby Rogera oraz braku prątków w plwocinie. Wprawdzie odczyn Biernackiego wynosi 44 mm/godz. to jednak jest on zrozumiałym wobec znacznych podwyżek ciepłoty;

c) rzadki przypadek współistnienia dwóch schorzeń różnych a to *poliglobulji i wrzodu żołądka* u osobnika lat 44. Z wywiadów chorego wynika, że przyjąć tutaj należy powstanie wrzodu u osobnika poliglobulicznego. Poliglobulja mogła być tutaj przyczyną embolji oraz następowego wrzodu żołądka. W piśmiennictwie Friedmann opisał podobny przypadek, lecz z wrzodem dwunastnicy. Przy chorobach narządów jamy brzusznej również spostrzegano poliglobulje i tak Perrin przy schorzeniach niemarskich wątroby, inni zaś przy schorzeniach nerek. W wypadkach tych jednak chodziło o wtórną poliglobulję, co w przypadku demonstrowanym nie zachodzi.

4. Kol. F a l k i e w i c z przedstawia: a) przypadek 56 letniego mężczyzny *z zupełnym blokiem przedsionkowo-komorowym na tle kiłowem*, oraz *napadami zespołu objawów Adams-Stokesa*. Częstość akcji komór wynosi u tego chorego 26—31 uderzeń na minutę. Analiza elektrokardjogramu (przedstawionego w projekcji) pozwala na podstawie częstości rytmu automatycznego oraz kształtu kompleksów komorowych automatycznych na umiejscowienie ogniska, powodującego rozkojarzenie czynności przedsionków i komór — nisko w okolicy rozgałęzienia wiązki przedsionkowo-komorowej. W ciągu obserwacji blisko 2-miesięcznej stan chorego się nie zmienił. Leczenie swoiste pozostało bez skutku;

b) przypadek 59 letniej kobiety *z blokiem prawego odgałęzienia wiązki Hisa* (Schenkelblock — dyssocjacja podłużna) na tle zmian miażdżycowych, (przedstawia elektrokardjogram w projekcji) pozostającej w obserwacji od pół roku. W związku z przedstawionemi przypadkami omawia krótko przyczyny zaburzeń przewodnictwa, oraz zmiany w Ekg w tego rodzaju przypadkach.

W dyskusji Kol. P i s e k omawia leczenie bloku serca.

5. Kol. G r a b o w s k i przedstawia szereg zdjęć a) *dermoidu płuc*, wykazujących wyraźne postępowanie sprawy. Omawia rozpoznanie różniczkowe i podkreśla wartość i znaczenie obrazu roentgenowskiego dla rozpoznania;

b) dwa zdjęcia płuc ze *zmianami ziarniczemi (lymphogranuloma)* w samym miąższu płucnym i gruczołach, przyczem widoczne jest postępowanie procesu;

c) zdjęcia roentgenologiczne z przypadku najprawdopodobniej *dodatkowego wola torbielowego;*

d) roentgenogram wrodzonego *braku kości ramieniowej;*

e) przedstawia roentgenogram i omawia obraz kliniczny dwóch przypadków *choroby Kienböcka (malacia os lunatum);*

f) szereg zdjęć z przypadku *torbieli skórzastej* wychodzącej z śródpiersia, wykazujących wzrost i degenerację złośliwą, z rozsianiem przerzutów w skórze. Badanie drobnowidowe wykazuje utkanie śródbłoniaka w guzkach przerzutowych. Obraz płynu wydobytego z cysty przez punkcję zawiera bardzo liczne kryształki cholesteryny. Omawia obraz kliniczny i odnośne dane z piśmiennictwa;

g) przedstawia przypadek uchyłkowatego tworu dużych rozmiarów stojącego w związku z dwunastnicą. Opuszka dwunastnicy nieregularna. Zaległości po 6 godzinach zarówno w żołądku jak i w uchyłku. W treści żołądkowej sarciny. Twór uchyłkowaty mógłby przedstawiać uchyłek (nabyty na tle wrzodu lub wrodzony) dwunastnicy lub przetokę do woreczka żółciowego. Na podstawie badania roentgenologicznego zarówno dwunastnicy jak i dróg żółciowych raczej przyjąć należy przetokę dwunastnicowo-woreczkową.

W dyskusji Kol. S c h ü t z zaznacza, że ma pewne zastrzeżenia co do przypadku rzekomego przebicia dwunastnicy do woreczka żółciowego. Zdaniem jego przemawia obraz roentgenowski raczej za uchyłkiem, wychodzącym z *angulus superior duodeni*. Uchyłki te, nie są, jak badania ostatnich lat wykazały, zmianami wrodzonemi. Pochodzenie ich jest dość powikłane. Przeciw rozpoznaniu kol. Grabowskiego przemawia dalej brak odpowiednio ciężkich objawów klinicznych i brak znaczniejszych zniekształceń w obrazie roentgenowskim, które musiałoby wystąpić przy takiej zmianie. Zaleganie treści w żołądku możnaby w tym przypadku wytłumaczyć uciskiem tak wielkiego uchyłka na część zstępującą dwunastnicy. Niewypełnianie się woreczka żółciowego środkiem kontrastowym może świadczyć tylko o pewnych zmianach w woreczku. Nie udowadnia to jednak wcale, by zmiany te polegały na zajęciu woreczka przez treść przedostającą się z dwunastnicy.

Kol. G r a b o w s k i w odpowiedzi Kol. Schützowi zaznacza, iż wykluczać istnienia uchyłków wrodzonych wzgl. powstałych na podłożu wrodzonem nie możemy. Rzecz ta może być dyskutowaną. Przeciw przyjęciu w przedstawionym przypadku uchyłka dwunastnicowego na tle wrzodu przemawia zarówno kształt i wielkość, jakoteż położenie uchyłka na zewnątrz podkowy jaką tworzy dwunastnica. Badanie jodtetragnostem (dożylnie) przemawia również za przyjęciem przetoki dwunastnicowo-pęcherzykowej.

Kol. S c h ü t z nadmienia w uzupełnieniu swych poprzednich wywodów, że sprawa pochodzenia uchyłków dwunastnicy uległa ostatnio gruntownej rewizji. Dokładniejsze badania wykazały szereg momentów, sprzeciwiających się uważaniu ich za sprawy wrodzone. Jednym z najważniejszych jest ten, że uchyłki tak częste w wieku późniejszym, są wcale rzadkie w wieku młodzieńczym, i nie występują prawie nigdy u dzieci. Autorowie, jak Haudek, Clairmont, Schinz i inni, przyjmują ogólnie, że uchyłki są zmianami wtórnemi, rozwijającemi się na tle pewnych bliżej lub dalej leżących spraw chorobowych w jamie brzusznej. Schorzenia te wywołują w nieznany jeszcze sposób podwyższenie ciśnienia śróddwunastnicowego, wskutek czego przychodzi w pewnych odcinkach dwunastnicy (usposobionych do tego wskutek pewnych zmian rozwojowych), do wypuklenia ściany w ograniczonem miejscu na zewnątrz. Barszony przyjmuje za przyczynę zwiotczenie ścian w pewnym odcinku, powstające odruchowo wskutek zmian chorobowych w dalszej lub bliższej okolicy. Uchyłki te należy naturalnie ostro oddzielać od uchyłków prestenotycznych, powstających powyżej miejsca zwężenia, jak szczególnie to się często zdarza przy wrzodach. Uchyłki takie oznacza się też zazwyczaj odmienną nazwą „kieszonek Harta". Wykazanie uchyłka w obrazie roentgenowskim świadczy tylko, na co obecnie prawie wszyscy autorowie zgadzają się, że w jamie brzusznej toczy się jakaś sprawa chorobowa. Barszony podnosi w swej pracy „Divertikel als zweite Krankheit", że nie na-

leży zadowolić się wykazaniem uchyłka, lecz należy szukać dalej za właściwą sprawą chorobową, której uchyłek jest tylko wskaźnikiem. Twierdzenie swe opiera na obserwacji licznych przypadków (200). Zapatrywania Barszony'ego zostały pod tym względem przez innych autorów prawie w zupełności potwierdzone.

6. Kol. Sochański przedstawia przypadek, dotyczący chorej, która przed 5 laty poczęła odczuwać bóle głowy a równocześnie wystąpiły u niej zaburzenia miesiączkowania oraz tycie. Niebawem pojawiły się symptomy *choroby Basedowa*, które z czasem zapanowały nad całością obrazu. Mowca analizuje szczegółowo wszystkie dane zebrane w badaniu klinicznem, z włączeniem szczegółowych oznaczeń przemiany spoczynkowej i wysnuwa wniosek, iż w przedstawionym przypadku wchodzi w rachubę zaburzenie wielogruczołowe, zapoczątkowane w przysadce mózgowej i gruczołach płciowych, które dopiero wtórnie wywołało tarczycową nadwyżkę. Przemiana spoczynkowa miernie tylko podwyższona, widoczne opieranie się tłuszczu wpływom, które zazwyczaj potęgują jego spalanie, iloraz oddechowy ze skłonnością do zwyżki odpowiadającej przeważnemu udziałowi węglowodanów w oxydacjach ustrojowych, nie duży wywóz azotu drogą moczu i kału, cholesteryna krwi bliska normie, skłonność do retencji wody, zaakcentowanie przywspółczulnej składowej wegetatywnej a równocześnie szybkie znikanie cukru z krwi trzymanej w cieplarce — to wszystko składało się w omawianym przypadku na ciekawy obraz kliniczny otyłości, nacechowany przytem wydatnemi objawami zwyżki tarczycowej (silny wytrzeszcz, Graefe i Moebius, przyspieszenie akcji serca, drżenie rąk, nadwrażliwość psychiczna). Zdaniem mowcy została tu tarczyca użyta przez ustrój chorej w celu przyspieszenia spalania tłuszczu, gromadzącego się w organizmie na skutek zaburzeń przysadkowo-płciowych, nie zdołała tego jednak zdziałać, ale dała znać o swej nadwyżce wywoławszy ze swej strony objawy kliniczne właściwe chorobie Basedowa.

W dyskusji Kol. Elmer E. opisuje podobny przypadek, powstały na tle hyperinsulinizmu.

Kol. Sochański H: W odpowiedzi Kol. Elmerowi zaznacza, że udział trzustki w całokształcie zaburzeń wkrewnych u omawianej chorej nie jest tak wydatny, iżby można nań obecnie kłaść większy nacisk. Przysadka mózgowa i gruczoły płciowe wchodzą tu w grę jako moment wywoławczy, a nadczynna tarczyca, panująca obecnie nad całością obrazu klinicznego, jest tylko zjawiskiem wtórnem. Wielogruczołowy charakter schorzenia nie przeczy udziałowi w niem i innych gruczołów wkrewnych, ale wielkość tego udziału ustępuje miejsca nasileniu wpływów wkrewnych, wymienionych jako główne w tym przypadku.

7. Kol. Jankowski przedstawia przypadek, u którego od paru lat ostatnich poczęła się rozwijać otyłość, a w następstwie tego przed rokiem poczęły występować *napady dychawicy oskrzelowej*. Ponieważ w ostatnich latach obserwowano na klinice lwowskiej parę takich przypadków, gdzie na tle rozpoczynającej się otyłości rozwijała się następnie dychawica oskrzelowa, kol. J. zwraca uwagę, że pomiędzy otyłością jako zaburzeniem wkrewno-wegetatywnem a dychawicą oskrzelową polegającą również na zaburzeniu w systemie wegetatywnym może istnieć ścisły genetyczny związek.

8. Kol. Tyszka przedstawia *nowy aparat do obliczania szybkości opadania krwinek*, pomysłu stud. med. Lewickiego.

XXVIII Posiedzenie naukowe z dnia 6. grudnia 1929.
Przekodniczy: Kol. Gąsiorowski.

1. Kol. Czarnecki wygłasza wykład p. t.: *W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby* (przeznaczone do druku w P. G. L.).

2. Kol. Fels J. wygłasza wykład p. t.: *Wynurzenia z deontologji lekarskiej.*

W dyskusji zabierali głos Kol. Nowicki, Ziembicki, Bikeles, Szumski, Gąsiorowski, Lenartowicz, Fels.

St. Legeżyński.

Polskie Towarzystwo Biologiczne. Oddział Lwów.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10. II. 1930.
Przewodniczący: Prof. Dr. Marjan Franke.

I. Z. Markowski i St. Legeżyński: Dalsze badania doświadczalne nad uodparnianiem psów przeciw wściekliźnie.

W doniesieniu obecnie podanem autorowie, korregują wyniki jakie podali w pracy poprzedniej (posiedzenie z dnia 10. XII. 1929), o tyle, że wyniki doświadczeń po dłuższej obserwacji przedstawiają się znacznie niekorzystniej, niż to podano na podstawie krótkotrwałej obserwacji. Analiza przeprowadzonych doświadczeń uwzględniając też i poprzednio ogłoszone pozwoliła autorom dojść do następujących wniosków:

1) Wyniki ujemne ostatnich doświadczeń, pomijając kwestję użycia wielkiej dawki (5 — 6 cm³ 10) zawiesiny mózgu (materjału zakaźnego, odnieść potrzeba do niszczącego działania na własności antygenowe szczepionki dość wielkiej (1)) ilości fenolu. 40 — 80-dniowa szczepionka nie może być już uważaną za pełnowartościową.

2) Porównanie wyników pierwszej serji doświadczeń (86) (wyników dodatnich) i następnej (wyniki negatywne) nasuwałoby przypuszczenie przyjęcia pluralności zarazka wścieklizny i odrębnych szczepów.

3) Wielka różnica we wrażliwości na zakażenie rozmaitych ras zwierzęcych (w naszym wypadku psów ras pierwotnych i szlachetnych). W doświadczeniach naszych przypada na zwierzęta, które padły po krótkiej inkubacji (18 — 30 dni) 6 szpiców, 1 pudel, 1 wilczur i 1 legawiec, a więc wszystkie zwierzęta ras szlachetnych po inkubacji długiej (102 — 249 dni), którą uważać możemy za wyraz większej odporności ustroju: 6 kundysów, 1 szpic i 1 foksterjer (oba mieszańce z kundysem), zdrowemi pozostały: 6 kundysów, 1 wilczur i 1 szpic (oba również mieszańce z kundysami).

4) Ciałka Negri'go stwierdzono u psów, które padły po krótkim okresie inkubacji na 8 badanych w 6 wypadkach; u tych które padły, padły po długim okresie inkubacji (102 — 249 dni) na 8 badanych zaledwie w jednym wypadku.

Również i w wypadku opisanego przez nas porażenia poszczepiennego u psa (10 grudnia 1928) dłuższa ponad 4-ro miesięczna obserwacja zwierząt doświadczalnych (królików i psa) zakażonych mózgiem i rdzeniem psa opisanego wykazała śmierć wśród objawów wścieklizny u jednego królika szczepionego mózgiem i drugiego szczepionego rdzeniem. Padł także wśród objawów wścieklizny pies zakażony mieszaniną mózgu i rdzenia. Okres inkubacji wynosił 133 — 136 dni. Dalsze pasaże wykazały, iż mamy tu do czynienia z zarazkiem ulicznym wścieklizny.

II. J. Dadlez i W. Koskowski: a) O wpływie błękitu toluidyny na przemianę gazową i ciepłotę ciała. Błękit toluidyny, podobnie jak błękit metylenowy, żółć naftylaminowa, fosfina oraz tetrahydronaftylamina w drugiej fazie swego działania, podnosi ciepłotę ciała pod wpływem błękitu toluidyny, osiągnąć może 5 stopni C. Jako kryterjum oceny typu gorączki, która powstaje pod wpływem błękitu toluidyny, wstrzykiwanego dożylnie w roztworze nasyconym, przyjęto charakter przemiany gazowej, oraz stan ilości cukru i kwasu mlekowego we krwi. Z doświadczeń okazuje się, że w czasie gorączki po błękicie toluidyny następuje olbrzymi wzrost ilości zapotrzebowanego tlenu i wydalonego bezwodnika węglowego, wzrost poziomu cukru we krwi i kwasu mlekowego, duży wzrost objętości oddechowej. Pozatem występuje znaczne przyspieszenie rytmu oddechowego, którego następstwem jest zawsze podwyższenie ciepłoty ciała w przeciwieństwie do polypnoe odruchowej, która obniża ciepłotę ciała. Wzrost ilości tlenu i bezwodnika oraz jakość współczynnika oddechowego, określanego w badaniach seryjnych świadczą o tem, że gorączka po błękicie toluidyny jest następstwem spalania węglowodanów. Źródłem ciepła jest spalanie cukru powstającego z glikogenu wątrobowego. Gorączka ta należy zatem do typu gorączek obwodowych.

b) O wpływie tropeoliny 000 na przemianę gazową i ciepłotę ciała. Wstrzykiwania dożylne tropeoliny 000 powoduje podwyższanie się znaczne ciepłoty ciała. Przyjmując jako kryterjum typu gorączki charakter przemiany gazowej, stanu cukru i kwasu mlekowego we krwi oraz rytmu oddechowego, autorowie stwierdzają, że gorączka powstająca pod wpływem wstrzykiwania dożylnego nasyconego roztworu tropeoliny 000 jest pochodzenia środkowego. Ilość tlenu i bezwodnika węglowego nie ulega zwiększeniu, a nawet lekko zmniejsza się. Współczynnik oddechowy w określaniu seryjnem nie ulega również zwiększeniu. Cukier i kwas mlekowy we krwi nie przedstawiają zmian charakterystycznych. Wzrost przemiany węglowodanowej nie gra więc tutaj roli w powstawaniu gorączki tego typu. Środki hypnotyczne wzgl. narkotyczne obniżają ciepłotę ciała, podwyższoną uprzednio przez tropeolinę 000.

c) Przemiana gazowa w gorączce eksperymentalnej wywołanej przez orange metylenowy. Typ gorączki wywołanej przez orange metylenowy jest podobny jak po tropeolinie 000.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia z dnia 18. IX. 1929 r.

Obecnych: 33 osoby, w tem 19 członków Twa i 14 gości.

I. Demonstracje chorych: Dr. Drożdż i Brzozowski przedstawiają dwa przypadki schorzeń pozapiramidalnych; w pierwszym schorzenie to ma postać parkinsonizmu i pozostaje w związku z kiłą od kilku lat nie leczoną; chory ma objawy wiądu rdzenia, O. W. dodatni. Leczony salvarsanem i malarją; po 12 atakach ustało drżenie rąk. W drugim przypadku choroba trwająca od dzieciństwa, przejawia się w formie dystonji mięśniowej. Dopóki chory pozostaje bez ruchu, nie widać zaburzeń, przy każdej jednak podniecie i ruchu następują skurcze nietylko mięśni właściwych, lecz i antagonistycznych, przez co ruchy stają się dziwaczne i utrudnione. Czucie bez zmian, padaczki, ani Babińskiego — nie ma chory okazuje objawy niedorozwoju umysłowego znacznego stopnia.

Dr. Jaczewski przedstawia chorego z pierwotnem owrzodzeniem kiłowem na wardze górnej oraz pacjenta z owrzodzeniami kiłowemi pierwotnemi na prąciu i na palcu ręki.

II. Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia, Dr Jaczewski wygłosił referat *„O biotropizmie"*.

Sprawozdanie z posiedzenia z dnia 4. X. 1929 r.

Obecnych 19 osób.

I. Demonstracje chorych: Dr. Jaczewski przedstawia przypadek grzybicy drożdżowej skóry (blasto mycosis) w postaci licznie rozsianych na skórze wyrośli brodawkowatych. Chory ma lat 70. Dr. Jaczewski omawia rozpoznanie tego rzadkiego schorzenia, ustalone zapomocą badania mikroskopowego, dalej rokowanie i leczenie, które polega na stosowaniu dużych dawek kali jodati wewnętrznie, płynu Lugola i injekcjach dożylnych, lub roztworu jodu z natr. hyposulfurosum.

W dalszym ciągu przedstawia Dr. Jaczewski przypadek pozapłciowego zakażenia u młodej dziewczyny, oraz przedstawia przypadek kiły, który omawia szerzej, nawiązując do wygłoszonego poprzednio odczytu o biotropizmie.

II. Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia, Dr. Klukowski wygłosił referat p. t. *„Instrukcja dla lekarzy polowych w powstaniu 1863 roku"* w którym przedstawił historję i działalność służby sanitarnej oddziałów powstańczych, oraz odczytał „instrukcję" z oryginalnego a należącego dziś do wielkich rzadkości egzemplarza na który udało się prelegentowi natrafić w poszukiwaniach materjałów dotyczących tego okresu historji medycyny polskiej.

III. Uchwalono wysłać ozdobnie wykonany adres do Senatu Uniwersytetu S. B. w Wilnie z okazji uroczystości jubileuszowych tej Wszechnicy.

Sprawozdanie z posiedzenia z dnia 18. X. 1929 r.

Obecnych 16 członków Twa i 15 gości.

I. Dr. Drożdż przedstawia 2 przypadki stwardnienia wieloogniskowego, leczone z dobrym wynikiem. Oboje chorzy przybyli do szpitala w ciężkim stanie, z typowemi objawami tego schorzenia, obecnie poprawa jest wybitna, oboje chodzą. Leczenie polega na stosowaniu salwarsanu w 10% roztworze chlorku wapnia (15 injekcji w czasie 5 tyg.) i jednoczesnem wywoływaniu gorączki — do 38°, do czego służy szczepionka tyfusowa, wreszcie na podawaniu preparatów antymonowych. Omawiając podstawy leczenia, opartego na najnowszych poglądach na istotę schorzenia, uznanego obecnie za sprawę infekcyjną, Dr. Drożdż zaznacza, że w ocenie wyników należy zawsze brać pod uwagę możliwości samoistnych remisji.

II. Dr. Czerwiński omawia przypadek obserwowany w szpitalu św. Wincentego à Paulo. Chora przybyła z krwotokiem z części rodnych — przy badaniu stwierdzono w ścianie pochwy obecność 2 guzów, z których jeden był źródłem krwawienia. Chora rodziła 6 razy, obecne krwawienie rozpoczęło się w miesiąc po ostatniej menstruacji. Badanie histologiczne guzka z pochwy wykazało utkanie nabłoniaka kosmówkowego (chorioepithelioma), wówczas dopiero, przy powtórnych wywiadach chora podała, że przed 5 miesiącami poddała się zabiegowi przerwania ciąży. Gdy po dalszych kilku dniach wystąpiło krwawienie z macicy, usunięto jej zawartość — w obfitych wyskrobinach znaleziono przy badaniu histologicznem —również utkanie nabłoniaka kosmówkowego — guzy więc w pochwie —okazały się przerzutami. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że ognisko pierwotne niczem nie zdradzało przez czas dłuższy swego istnienia i dopiero objawy ze strony przerzutów zwróciły uwagę i doprowadziły do rozpoznania.

Kol. Morozowa przedstawiła preparaty histologiczne z guza pochwy i wyskrobin z macicy.

W dalszym ciągu przedstawia Dr. Czerwiński preparat operacyjny, hydrosalpinx w postaci guza znacznych rozmiarów, który uległ skrętowi, wreszcie Dr. Wośkowski przedstawia preparat płodu ze znacznemi zmianami rozwojowemi, jak spina bifida cystica sacralis i rozszczepieniem ściany brzusznej, oraz opisuje przebieg porodu, utrudnionego wskutek tych zmian.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia i omówieniu spraw bieżących Kol. Klepacki wygłosił referat „O odrębności przebiegu klinicznego zapalenia płuc płatowego u dzieci". Na podstawie obserwowanych w szpitalu Dziec. Jezus w Lublinie 60 przypadków zapal. płuc płatowego u dzieci, przedstawia prelegent cechy odrębne klinicznego przebiegu tej jednostki chorobowej u dzieci, omawia zwłaszcza obszernie zapalenie płatu górnego prawego, które cechuje się długim okresem wykluwania się ogniska zapalnego, objawami oponowemi, często mózgowemi, jak niemota, głuchota, podniecenie ruchowe, zgrzytanie zębami i t. p. Dalszemi cechami charakterystycznemi są: długie utrzymywanie się objawów po przełomie lub co rzadziej się zdarza, szybkie ich ustąpienie, nawet w kilkanaście godzin po przełomie. Dwa przypadki zapal. płuc płatowego prześwietlone promieniami Roentgena w pierwszych trzech dniach choroby wykazały, że ognisko umiejscowione przy wnęce rozszerza się stamtąd ku obwodowi, coby potwierdzało teorję Engla, że zmiany występują najpierw w gruczołach okołooskrzelowych, a stąd przechodzą na miąższ płucny. Na podstawie przypadków obserwowanych w szpitalu Dz. Jezus prelegent stwierdza, że zapalenie płuca t. zw. szczytowe zdarza się nietylko u dzieci do lat trzech, lecz i w wieku późniejszym, tylko wtedy ma przebieg łagodniejszy. Odczyt urozmaicony ciekawszemi histerjami chorych dzieci, wywołał ożywioną dyskusję, w której zabierali głos kol. Kagan, M. Armsztajn, Drożdż, Cywiński i Modrzewski.

Sprawozdanie z posiedzenia z dnia 4. XI. 1929 r.

Obecnych 17 członków Twa i 8 gości.

I. Dr. Drożdż przedstawia chorą z zanikiem nerwów wzrokowych z powodu wiądu rdzenia, ciekawy ze względu na objaw nie opisywany dotąd, mianowicie oczopląs. Odczyn Nonne-Appelta słabo dodatni wskazuje na stan podrażnienia opon; oczopląs jest tu pochodzenia ośrodkowego. Dr. Drożdż omawia przyczyny zajęcia n. wzrokowego przy wiądzie rdzenia, oraz najnowsze metody leczenia, jak stosowane przez Wagnera-Jauregga leczenie malarją i inne.

II. Dr. Cywiński przedstawia chorą dziewczynkę 14-letnią, która zgłosiła się z powodu szybkiego zwiększania się objętości brzucha, duszności, obrzęków stóp i gorączki. Badanie jamy brzusznej utrudnione z powodu napięcia powłok. Prześwietlenie wykazuje rozległe zwapnienie gruczołów chłonnych przyoskrzelowych i śródpiersiowych. O. Wassermanna ujemny, we krwi wybitna (10%) eozynofilja. Dr. C. przypuszcza, że chodzi tu o sprawę zastoinową w wątrobie na tle gruźlicy gruczołów krezkowych. Kol. Freytag wyraża przekonanie, że próbna laparotomja mogłaby przyczynić się do wyjaśnienia sprawy. Tego samego zdania jest Dr. Modrzewski, który również zwraca uwagę, że przy badaniu wyczuwa się jakgdyby ciastowatą masę w jamie brzusznej, co budzi podejrzenie w kierunku nowotworu.

Następnie Prezes Dr. Modrzewski poświęca kilka słów wspomnienia zmarłemu niedawno Członkowi Honorowemu Twa Prof. Dr. R. Radziwiłłowiczowi, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

Po załatwieniu spraw bieżących kol. Freytag wygłosił referat p. t. *Anaemia perniciosa w świetle leczenia wątrobą"*. Określiwszy za Kleinem an. pern. jako samozatrucie ustroju wraz z silnym rozpadem krwi, powodującym anemję o typie określonym, która zniknąć może bez żadnego leczenia, lub od leczenia wątrobą, przechodzi referent do omówienia etjologji choroby, następnie do symptomatologji, zatrzymując się nieco dłużej nad obrazem krwi, zwłaszcza megaloblastyczną degeneracją poczem przechodzi do omówienia leczenia metodą Minota-Murphy'ego i omawiając mechanizm tego leczenia przy uwzględnieniu konstytucji i wspomnianej degeneracji megaloblastycznej krwi — konkluduje w omawianiu patogenezy i istoty choroby, za szeregiem cytowanych autorów, że anemję złośliwą należałoby traktować jako zaburzenie wątroby hormonalno-witaminowe, przy którem terapeutycz-

nie stosowana wątroba zwierzęca działa substytucyjnie i objawowo.

W dyskusji nad referatem zabierali głos Dr. M. Arnsztajn, Chromiński i J. Arnsztajn.

Dr. J. Morozowa, sekretarz. *Dr. Modrzewski*, prezes.

SPRAWY ZAWODOWE.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich.

(Dziennik Urzędowy Ministerstwa Sprawiedliwości Nr. 14. 1929 r.).

Na podstawie art. 651 kodeksu postępowania karnego (Dz. U. R. P. Nr. 33 poz. 313 z r. 1928) zarządza się co następuje:

§ 1. Oględziny sądowo-lekarskie zwłok ludzkich mają na celu wyjaśnić według zasad wiedzy rodzaj i przyczynę zgonu w wypadkach, gdy istnieje pewność, lub zachodzi podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo, w szczególności zaś:

a) jeżeli przyczyną zgonu był uraz zewnętrzny, otrucie przez działanie wewnętrzne lub zewnętrzne jakiejś substancji trującej, wstrząs wszelkiego rodzaju i t. p.;

b) w razie śmierci człowieka z powodu błędu lekarskiego, lub śmierci człowieka leczonego przez osobę niepowołaną, w przypadkach śmierci w związku z poronieniem;

c) w razie śmierci nagłej wśród podejrzanych okoliczności:

d) gdy znaleziono zwłoki osoby nieznanej wśród podejrzanych okoliczności, w szczególności zwłoki noworodka;

e) we wszystkich innych przypadkach, gdy tego władza wymiaru sprawiedliwości zażąda.

§ 2. Jeżeli zarządzono oględziny sanitarno-policyjne, a wyniki tej czynności wspólnie z innemi wynikami dochodzenia dały podstawę do pewności lub podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, należy oględziny sanitarno-policyjne przerwać, a sprawę bezzwłocznie skierować do władzy wymiaru sprawiedliwości.

Do oględzin sanitarno-policyjnych mają odpowiednio zastosowanie przepisy niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Sędzia kieruje oględzinami sądowo-lekarskiemi zwłok, które to czynności powinny być wykonane, a protokół z ich wykonania spisany, jako też opinja wydana zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia.

§ 4. W wypadkach ważniejszych w szczególności w wypadkach podejrzenia o zbrodnię należy rozważyć, czy do wykonania oględzin i sekcji sądowo-lekarskiej zwłok powołać jednego, czy dwóch lekarzy, jako biegłych.

Do oględzin zwłok należy, w miarę możności, prócz lekarza biegłego wezwać również lekarza, który ostatnio udzielał pomocy zmarłemu.

§ 5. Do wykonywania oględzin sądowo-lekarskich należy wzywać lekarzy biegłych sądowych, mając na względzie ich kwalifikacje, w następującej kolejności:

a) profesorów i docentów medycyny sądowej Uniwersytetów Państwowych, oraz adjunktów i asystentów uniwersyteckich zakładów medycyny sądowej;

b) lekarzy, którzy stale pełnią przy sądach obowiązki biegłych sądowych:

c) lekarzy powiatowych, lub lekarzy, którzy złożyli egzamin na lekarza powiatowego.

W braku ukwalifikowanych osób, wymienionych w ustępie poprzednim, wykonanie oględzin sądowo-lekarskich można powierzyć innym lekarzom.

§ 6. Sędzia udziela biegłym potrzebnych wyjaśnień i aktów dotyczących danego przypadku oględzin.

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne zwłok wykonywa lekarz biegły osobiście, a wyniki jej dyktuje do protokółu.

Lekarzom biegłym przysługuje przy wykonywaniu badań na zwłokach prawo powoływania sił pomocniczych.

§ 7. Sekcji zwłok nie należy wykonywać w zasadzie przed upływem 12-stu godzin od chwili zgonu. Jeżeli zachodzi konieczność wcześniejszego jej dokonania, to należy w protokóle uzasadnić powód takiego postępowania, jako też podać oznaki, na podstawie których lekarz stwierdził zgon.

§ 8. Otwarcie zwłok powinno być wykonywane przedewszystkiem w zakładach medycyny sądowej i prosektorjach oraz w kostnicach cmentarnych. W razie braku wymienionych pomieszczeń na żądanie sędziego gmina obowiązana jest dostarczyć odpowiedniego pomieszczenia. Pomieszczenia takie muszą być widne, w porze zimowej ogrzane, nadto muszą być zaopatrzone w wodę i stół, odpowiedni do ułożenia na nim zwłok.

§ 9. Oględziny należy wykonywać przy świetle dziennem. Ze sztucznych oświetleń dopuszczalne jest jedynie silne białe światło.

Zwłoki zmarznięte muszą być przed wykonaniem sekcji umieszczone w ciepłem miejscu, aby odtajały.

§ 10. Rozkład ciała, nawet daleko posunięty, jak również jego zwęglenie lub poszarpanie nie mogą być powodem zaniechania wykonania oględzin zewnętrznych i wewnętrznych.

§ 11. Celem zapobiegnięcia szybkiemu rozkładowi zwłok, podlegających oględzinom, należy je umieścić w odpowiedniem chłodnem pomieszczeniu i chronić przed dostępem owadów, a przedewszystkiem much. W braku takich pomieszczeń należy zwłoki przechować aż do badania w grobie pod lekkiem prowizorycznem pokryciem trumny warstwą ziemi grubości około 30 cm.

§ 12. Przeniesienie lub przewiezienie zwłok, przeznaczonych do oględzin, z miejsca ich znalezienia na inne (np. do prosektorjum, do kostnicy), może być uskutecznione tylko po uprzedniem dokonaniu przez sąd, z udziałem biegłych, dokładnych oględzin miejsca i samych zwłok oraz po spisaniu protokółu z tej czynności.

W razie konieczności przeniesienia lub przewiezienia zwłok przed przybyciem sądu a to ze względu na potrzebę porządku publicznego, organy Policji Państwowej obowiązane są w protokole dokładnie wyszczególnić okoliczności wymienione w ust. 1.

Przenoszenie lub przewożenie takich zwłok powinno się odbywać pod nadzorem organu Policji Państwowej w sposób ostrożny, aby zwłoki nie doznały żadnych przy tem obrażeń. Największa ostrożność winna być zastosowana przy zdejmowaniu zwłok wiszących, lub przy wyławianiu zwłok z wody.

§ 13. Lekarze biegli przy wykonywaniu sekcji zwłok powinni posługiwać się przynajmniej następującemi narzędziami, które należy przechowywać w odpowiednim futerale, skrzynce, lub torbie, i stale utrzymywać w porządku.

1. jeden silny brzuchaty skalpel,
2. jeden dłuższy nóż sekcyjny,
3. jeden zwykły skalpel anatomiczny,
4. dwoje silnych szczypczyków (pincet),
5. silne nożyczki anatomiczne,
6. nożyce gałkowe do jelit,
7. nożyce kostne zakrzywione,
8. piłka do otwierania czaszki,
9. dłóto lub dłóta do otwierania kręgosłupa,
10. młotek,
11. kilka zgłębników,
12. igła silna zakrzywiona i zwitek szpagatu do zeszycia zwłok po sekcji,
13. miara metalowa 30—50 cm. i miara zwijana dłuższa,
14. menzurka szklana z podziałką do 200 cm. sz.,
15. łyżka do czerpania i gąbka,
16. kranjometr (cyrkiel) do pomiarów głowy i t. p.
17. papierki lakmusowe, niebieskie i czerwone,
18. kilka szkiełek przedmiotowych, dwie flaszeczki na 20 cm sz. z korkiem szklanym lub gumowym, z 2—4% wodnym rozczynem formolu na skrawki do badania mikroskopowego.

W razie zachodzącego podejrzenia otrucia niezbędne są nadto trzy słoje szklane około litrowej pojemności z korkami szklanemi dla przechowania narządów wewnętrznych i ich treści i dla przesłania ich do badania chemicznego.

§ 14. Oględziny sądowo-lekarskie zwłok ludzkich składają się z dwóch czynności:

A) z oględzin zewnętrznych (inspekcja),

B) z oględzin wewnętrznych (sekcja, otwarcie zwłok).

§ 15. Oględziny zewnętrzne mają ustalić co najmniej następujące cechy i właściwości danych zwłok:

a) wiek, płeć, wzrost (długość ciała, mierzona od szczytu głowy do pięty), budowa ciała (wady wrodzone i nabyte), stan odżywienia, szczególne znaki (blizny, znamiona, tatuaże, zmiany wywołane pracą zawodową, uderzające właściwości uzębienia, plomby, uzębienie sztuczne i t. p.).

Te znaki szczególne wraz z opisem twarzy i, o ile możności, z fotografją twarzy wprost i z boku należy zawsze uwzględnić w wypadkach badania zwłok nieznanych;

b) znamiona śmierci (zabarwienie powłok ciała, plamy pośmiertne opadowe, ich umiejscowienie, rozległość, wyrazistość

i zabarwienie, stężenie pośmiertne, (jego rozmieszczenie i nasilenie), znamiona rozkładu (objawy gnicia) lub przeobrażenia (tłuszczowego lub strupieszenia);

c) zawartość lub obecność ciał obcych w naturalnych otworach ciała t. j. zewnętrznych przewodach słuchowych, otworach nosowych, jamie ustnej, otworze stolcowym, sromie i pochwie, cewce moczowej;

d) zmiany chorobowe i obrażenia poszczególnych części ciała t. j. głowy (z twarzą), szyi, klatki piersiowej, brzucha, pleców. kończyn górnych i dolnych.

Znalezione obrażenia należy dokładnie opisać i oznaczyć co do ich umiejscowienia (wedle ustalonych punktów anatomicznych ciała), kierunku, kształtu, długości i szerokości, co do jakości brzegów i dna ran, wreszcie co do obecności zmian, świadczących o powstaniu obrażeń za życia (podbiegnięcia krwawe). Do opisu wskazane jest dołączenie fotografji lub schematu obrażeń.

e) na zwłokach noworodków należy pozatem zawsze ustalić długość a w miarę możności, i ciężar ich ciała, obwód główki. mierzony taśmą poprzez łysinkę (glabella) i zewnętrzną wyniosłość potyliczną, wymiary. mierzone kranjometrem (skośny wielki, prosty, ciemiączkowo-potyliczny, dwuciemieniowy, dwuskroniowy, szerokość barków i bioder), dalej wszelkie znamiona rozwoju cielesnego (paznokcie, narządy płciowe i t. p.) wreszcie zachowanie się pępowiny, jej długość, jakość jej obu końców, t. j. brzusznego, czy jest złączony z pierścieniem skórnym pępka i końca wolnego, czy jest złączony z łożyskiem (ciężar łożyska i średnica), czy też oddzielony od łożyska, a wtedy czy ma brzegi ostre, gładkie czy strzępiaste, pozatem czy pępowina jest podwiązana, czem i jak.

W razie potrzeby należy również obejrzeć i opisać ubranie, w którem zwłoki były znalezione.

C. d. n.

———————

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Od Zarządu Polskiego Związku Przeciwgruźliczego otrzymaliśmy pismo następujące:

W wykonaniu uchwał Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu w r. 1928, została powołana z inicjatywy Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Stała Komisja Porozumiewawcza mająca za zadanie zrealizowanie współpracy na polu walki z gruźlicą pomiędzy Rządem, związkami samorządowemi, miejskiemi i powiatowemi, Kasami Chorych, Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym. Stałymi członkami Komisji są wydelegowani przez poszczególne instytucje: ze Związku Miast Polskich — Dr. Józef Zawadzki; Biura Zjazdów Samorządów Ziemskich — pp. Józef Beck. Prezes Rady Samorządów Ziemskich. W. Gajewski, Starosta Warszawski i Dr. K. Orzechowski — Lekarz Powiatu Warszawskiego; z Ogólnopaństwowego wiązku Kas Chorych — pp. K. Osiowski, Dyrektor Związku, Dr. H. Kłuszyński, Naczelny Lekarz Związku i Dr. R. Kunicki, Naczelny Lekarz Okr. Związku Kas Chorych w Krakowie; ze Związku Związków Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych — Dr. J. Bujalski — Naczelny Lekarz tego Związku; z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego — Dr. E. Piestrzyński, Prezes Związku, Dyrektor Służby Zdrowia, Dr. Cz. Wroczyński, Wiceprezes Związku, Naczelnik Wydziału Zdrowia Mag. m. Warszawy i Dr. M. Roszkowski, Prezes Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej.

Oprócz członków stałej Komisji, na posiedzenie przybyli zaproszeni: Dr. W. Chodźko, Prezes Ogólnopaństwowego Związku Kas Chorych, Dr. Skokowska - Rudolfowa, przedstawicielka Min. Spraw Wewn. Dep. Służby Zdrowia, Dr. T. Milewski, przedstawiciel Min. Pracy i Op. Spol., Dr. Sew. Sterling, Przewodniczący Rady Naczelnej do Walki z Gruźlicą w Łodzi Dr. K. Dłuski i Doc. Sterling-Okuniewski — członkowie Zarządu P. Z. P., oraz Dr. M. Grodecki Dyrektor P. Z. P.

Na posiedzeniu tem Dr. Miłosz Grodecki, Dyrektor P. Z. P. przedstawił obecnym opracowany przez siebie projekt realizacji współpracy: p. t. „Najważniejsze zadania ruchu przeciwgruźliczego w Polsce", oraz obficie ilustrowane wykresami i tablicami: „Próbę liczbowego ujęcia rozpowszechnienia gruźlicy w Polsce". „Stan szpitali i sanatorjów w Polsce z uwzględnieniem zaopatrzenia w łóżka dla gruźlicy, oraz leczenie zakładowe chorych gruźliczych k r. 1927", wreszcie „Projekt rozbudowy urządzeń leczniczo-zapobiegawczych dla zwalczania gruźlicy w Polsce" wszystkie te prace opracowane przez Dr. Dr. Grodeckiego i Sielickiego.

Po dyskusji, zebranie doszło do przekonania, że wobec bardzo obfitego materjału, nie jest możliwem rozpatrywać go szczegółowo przez tak liczne zgromadzenie. — Zebranie jednogłośnie powzięło następujące uchwały:

1) Do dalszych prac nad zagadnieniem współpracy wszystkich czynników zainteresowanych w zwalczaniu gruźlicy powołać dwie komisje, składające się z przedstawicieli wszystkich tych czynników z prawem kooptacji.

22) Pierwsza z tych komisyj „naukowo-techniczna" opracuje wnioski dotyczące fachowo lekarskich zagadnień zwalczania gruźlicy, oraz potrzeb w tej dziedzinie. — Oddzielna sekcja tej komisji opracuje zagadnienie gruźlicy wśród dzieci.

3) Druga Komisja będzie miała za zadanie ujęcie całokształtu spraw organizacyjnych, prawnych i finansowych, biorąc pod uwagę obecny stan sprawy, możliwości zainteresowanych, oraz dotychczasowe formy współpracy.

4) Zebranie uchwala popierać — każdy w swej sferze wpływów — skoordynowaną, planową akcję zwalczania gruźlicy tam, gdzie miejscowe czynniki współpracę tę rozpoczęły.

Do komisyj wybrano: Do I-szej — Dr. Cz. Wroczyńskiego, jako przewodniczącego, Prof. Ciechanowskiego, Dr. K. Dąbrowskiego, Prof. Orłowskiego, Dr. K. Orzechowskiego Prof. Renckiego, Dr. M. Roszkowskiego, Pułk. Dr. Rudzkiego, Dr. Skokowską-Rudolfową i Dr. S. Sterlinga. — Do drugiej Dr. Jaroszyńskiego, jako przewodniczącego, Dr. Piestrzyńskiego, P. W. Gajewskiego, Dr. Bujalskiego, Dr. H. Kłuszyńskiego i Dr. J. Zawadzkiego.

Do obydwóch Komisji z urzędu należy Dyrektor P. Z. P. Dr. M Grodecki. Komisje mają prawo kooptacji.

Komunikując o powyższem Polski Związek Przeciwgruźliczy ma zaszczyt przesłać odbitkę „Projektu zrealizowania współpracy w zakresie walki z gruźlicą w Polsce".

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa: Posiedzenie organizacyjne Towarzystwa, na które zapraszają pp. C. Domański, K. Koralewski, Br. Sawicki, Wł. Szenajch, Z. Szlenkierówna odbyło się dnia 6 kwietnia r. b. o godz. 12-tej w poł. w sali Tow. Higjenicznego przy ul. Karowej Nr. 31 z następującym porządkiem obrad. 1) zagajenie posiedzenia, 2) wybór przewodniczącego zebrania, 3) zadania i cele Tow. Szpitalnictwa, 4) wybór 12 członków Zarządu, 5) wybór 3 członków komisji rewizyjnej, 6) wybór 3 członków komisji przyjęć i 3 zastępców.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 8 kwietnia 1930 r. o godz. 8-mej wieczorem. 1) Z. Radliński: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. — 2) K. Dąbrowski: Pleuroskopja i jej zastosowanie w klinice. — 3) A. Wojciechowski: Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi.

Nowa sekcja w obwodzie warszawskim. Zarząd Obwodu Warszawskigo Związku Lekarzy P. P., zdając sobie sprawę, że szybko postępująca etatyzacja stanu lekarskiego, coraz bardziej ogranicza teren działania lekarzy wolnopraktykujących, a co za tem idzie ujemnie wpływa na ich warunki ekonomiczne, a jednocześnie uznając, jakie znaczenie ma niezależność stanu dla postępu wiedzy i sztuki lekarskiej, postanowił zorganizować sekcję lekarzy wolnopraktykujących w celu obrony ich praw moralnych i interesów materjalnych.

Zebranie organizacyjne sekcji odbędzie się wkrótce.

Podatek dochodowy. Termin do składania deklaracji o dochodzie w r. 1929 do wymiaru podatku dochodowego za rok 1930 upływa dnia 1 maja. Jednocześnie z deklaracją należy wpłacić połowę przypadającego podatku.

Konferencja w sprawie „Banku Lekarzy" Spółdzielni Kredytowej z ograniczoną odpowiedzialnością. Komisja organizacyjna Banku Lekarzy zwołała na dzień 21. III. do siedziby Związku Lekarzy P. P. zebranie informacyjne dla zainteresowanych bliżej losami B. L. kolegów.

Obrady prowadził Dr. Mutermilch; Dr. Biernacki i Dr. Le Brun przedstawili stan obecny przygotowań do założenia spółdzielni.

W ciągu paru tygodni zebrano około 300 deklaracji (na sumę 30.000 zł) przeważnie z Warszawy; statut oraz deklarację otrzymały wszystkie okręgi i obwody Związku L. P. P., niestety. udział prowincji jest dotychczas bardzo nieznaczny, zapewne wskutek niedość ożywionej agitacji, należy przeto zwrócić się do Zarządów Okręgów i Obwodów z prośbą o zorganizowanie spe-

cjalnych zebrań, na których sprawa byłaby szczegółowo omówiona.

Poruszono też sprawę nieprodukcyjnego zalegania kapitałów w Izbach Lekarskich, obwodach, okręgach Związku i różnych kasach lekarskich, gdy tymczasem Bank Lekarzy będzie mógł kapitały te z korzyścią dla stanu lekarskiego utylizować, przyjmując je, jako lokaty z terminowem wymówieniem.

Również podkreślono konieczność udziału w Bankach instytucji lekarskich, jako osób prawnych, co zresztą zostało zapoczątkowane, gdyż 5 obwodów, oraz jedna Izba lekarska zgłosiło już deklaracje członkowskie.

Następna konferencja odbędzie się w początkach maja, zaś walne zebranie konstytucyjne Banku Lekarzy odbędzie się 25 lub 26 maja r. b.

II Zjazd Instytucyj ratunkowych w Polsce. W dniu 23 marca obradował w Warszawie zjazd delegatów instytucyj ratowniczych z całej Polski. Po wygłoszeniu szeregu referatów, dotyczących aktualnych spraw ratownictwa i po wyczerpującej nad niemi dyskusji, odbył się w ogrodzie Saskim pokaz ratowniczy, ilustrujący prace Pogotowia Ratunkowego, Straży Pożarnej i Polskiego Czerwonego Krzyża.

Zjazd zakończył się posiedzeniem organizacyjnem polskiego komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej, na którem przyjęto statut (ogłoszony w całości w organie Pogotowia „Ratownictwo" Nr. 3) i dokonano wyboru wydziału wykonawczego komitetu. Do wydziału tego powołano: Dr. Białokura, Dr Krzyżanowskiego, prezydenta miasta Słonimskiego, Dr. Zawadzkiego i gen. Zaruskiego. Do komisji rewizyjnej wybrani: Dr. Drozdowski, pp. Kunkel i Wegner.

Najbliższe zadanie komitetu stanowi skordynowanie akcji ratownictwa na wszystkich terenach państwa, tworzenie stacyj ratunkowych tam, gdzie ich dotychczas niema i ulepszenie organizacji stacyj ratunkowych w Polsce.

Zmiana nazwy leku. Na skutek zezwolenia Dep. Sł. Zdrowia Min. Spr. Wewn. ogólnie znany preparat organicznego fosforu wyrobu Fr. Karpiński p. n. Phytophosphin nosi obecnie zmienioną nazwę „Fytonal" i wydaje się we wszystkich Aptekach w opakowaniu następującem: Fytonal kaps. — pud. 30 sztuk. Fytonal tabl. — pud. 30 tabl. Fytonal liq. — fl. 15,0. Ferro-Fytonal kaps. — pud. 30 szt. Ferro-Fytonal tabl — pud. 30 tabl.

Kraków.

Program IV Zjazdu Balneologicznego w Krakowie dnia 12 i 13 kwietnia 1930 r. Dnia 12 kwietnia: Msza św. w kościele św. Anny, ul. św. Anny o godz. 9,30. Posiedzenie inauguracyjne o godz. 10,30 w Auli Uniw. Jag. Collegium novum, ul. Jagiellońska — wejście od strony plant. — Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań): „Działalność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w świetle rozwoju polskiego zdrojownictwa i wytyczne na przyszłość". — Dr. Zygmunt Wąsowicz (Kraków - Krynica): „Z historji założenia i działalności Polskiego Towarzystwa Balneologicznego". — Dr. Edward Żuliński (Kraków - Szczawnica): „Rzut oka na wydawniczą działalność Polskiego Tow. Balneologicznego". — Otwarcie wystawy balneologicznej w Muzeum Przemysłowem ul. Smoleńska 9. — II Posiedzenie o godzinie 4-tej w Sali Towarzystwa Technicznego, ul. Straszewskiego 28. — Prof. Dr. Franciszek Walter (Kraków). „Czynnik konstytucyjny w dermatologji". — Docent Dr. W. H. Melanowski (Warszawa): „Choroby ócz a układ wegetatywny. — Docent Dr. Józef Szymanowicz (Kraków): „Schorzenia płciowe u kobiet na podłożu niezborności wegetatywnego układu nerwowego". — Dr. Anna Stachórska (Kraków - Rabka): „Leczenie niepłodności kobiet z szczególnem uwzględnieniem fizjoterapji elementarnej". — Wieczór o godzinie 9-tej bankiet urządzony dla uczestników Zjazdu i zaproszonych gości przez Polskie Towarzystwo Balneologiczne.

Dnia 13 kwietnia: III Posiedzenie o godzinie 10-tej w sali Muzeum Przemysłowego, ul. Smoleńska 9. — Pułkownik - lekarz Dr. Adam Maciąg (Kraków): „Schorzenia narządu krążenia na tle niezborności wegetatywnego układu nerwowego". — Dr. Adolf Schwarzbart (Kraków): „Rola wegetatywnego układu nerwowego przy powstawaniu niektórych schorzeń górnych dróg oddechowych". — Dr. K. Sawicz (Inowrocław): „Leczenie zapomocą wziewań". — Dr. Adolf Mester (Kraków): „Schorzenia reumatyczne na tle zboczeń wegetatywnych i konstytucjonalnyinych" Dr. Teodor Cybulski (Rabka): „O konstytucji i o leczeniu konstytucjonalnem". — IV Posiedzenie o godzinie 4-tej popołudniu w sali Muzeum Przemysłowego, ul. Smoleńska 9. — Docent Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): „Postulaty naukowej organizacji zdrojownictwa w Polsce". — Inż. Eugenjusz Zaczyński (Katowice): „Gospodarcze znaczenie i gospodarcze postulaty polskich uzdrowisk". Dr. Stanisław Lewicki (Krynica): „Charakterystyka polskiego piśmiennictwa balneologicznego". — Dr. Henryk Ruebenbauer (Lwów): „O badaniu borowin". — Rezolucje Zjazdowe. — Zamknięcie Zjazdu.

Wyciąg z regulaminu Zjazdów balneologicznych urządzanych przez Polskie Towarzystwo Balneologiczne. — § 6. W Zjazdach Balneologicznych mogą brać udział na podstawie poprzedniego zgłoszenia, wzgl. imiennego zaproszenia:

Lekarze i osoby pracujące w zakresie nauk, posiadających znaczenie dla balneologji i lecznictwa uzdrowiskowego, jak niemniej technicy i technolodzy z zakresów przemysłowych, posiadających praktyczne znaczenie dla rozbudowy samych uzdrowisk i ich urządzeń.

Przedstawiciele przemysłu uzdrowiskowego w najszerszem tego słowa znaczeniu z włączeniem przemysłu hotelarskiego, gastronomicznego.

§ 11. Na 1-szem posiedzeniu zjazdowem wybierają uczestnicy na podstawie wniosków Komitetu Organizacyjnego prezesów honorowych, przewodniczących posiedzeń i sekretarzy.

§ 12. Obradami kieruje wyznaczony dla danego posiedzenia przewodniczący.

§ 15. Odczyty nie mogą trwać dłużej, aniżeli 30 minut.

§ 16. W rozprawach może jeden mówca zabierać głos najwyżej 2 razy, za każdym razem najwyżej przez 5 minut.

§ 9. Głosowania odbywają się jawnie przez podniesienie rąk.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X posiedzenie naukowe odbyło się dnia 4 kwietnia 1930 z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. E. Cybulska: Przypadek pneumopyotoraxu leczony oliwą gomelową. — 2) Kol. H. Mierzecki: a) Roentgenowe uszkodzenia skóry (pokaz), b) Spostrzeżenia nad pęcherzycą (wykład). W dyskusji zabierali głos Kol.: Węgrzynowski, Tyszka, St. Ostrowski, Salpeter, Gąsiorowski, Wepperówna.

Z kraju.

Wycieczka do Stockholmu dla Lekarzy i Ich Rodzin na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów i na Wystawę Narodową Sztuki dekoracyjnej i ludowej od 14 do 24 sierpnia 1930 roku. Wycieczka odbędzie się statkiem „Gdynia" P. P. „Żegluga Polska". Program wycieczki: Dn. 14. VIII. o godz. 15-ej wyjazd z Gdyni do Visby. Dn. 15. VIII. o godz. 12-ej przyjazd do Visby, o godz. 20-ej odjazd do Stockholmu. Dn. 16. VIII. o godz. 10-ej przyjazd do Stockholmu. Od 16 do 22-go pobyt w Stockholmie. Dn. 22. VIII. o godz. 21-ej odjazd do Gdyni. Dn. 23. VIII. na morzu. Dn. 24. VIII. o godz. 9-ej przyjazd do Gdyni, godz. 11-a ew. odjazd do Warszawy. Ceny przejazdu tam i z powrotem, miejsca sypialne podczas trwania wycieczki a więc i podczas postoju w Stockholmie wraz z całkowitem przez cały czas utrzymaniem, koszta zbiorowego paszportu i wiz, wszystko razem: Pokład A — kabiny po 2 osoby Zł 1.000 od osoby. Pokład B — kabiny większe po 2 osoby Zł 950 od osoby. Pokład B — kabiny mniejsze po 2 osoby Zł 860 od osoby. Pokład C — kabiny większe po 2 osoby Zł 720 od osoby. Pokład C — kabiny mniejsze po 2 osoby Zł 675 od osoby. Pokład B — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby Zł 700 od osoby. Pokład B — w razie zajęcia większej kabiny przez 4 osoby Zł 600 od osoby. Pokład C — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby Zł 550 od osoby. Udział w wycieczce uprawnia do zniżki kolejowej 50% w drodze powrotnej od Gdyni do miejsca zamieszkania. Bliższych szczegółów udziela Kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Warszawa, ul. Litewska 16. Wobec ograniczonej liczby uczestników, — wskazane możliwie szybkie zgłoszenia. Z. Michałowicz.

Redakcja otrzymała.

La presse médicale: „Les villes d'eaux françaises". Masson et Cie Paris 1930.

Sprawozdanie Szpitala Gminy Żydowskiej w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1929 r.

Zieliński Marcin: „Zur Frage der epileptischen Konstitution". Odb. z Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie. 123 Band, 1 Heft.

Layani Ferd.: „Les acrocyanoses. Troubles vasculaires cutanés dorigine nerveuse végétative ou centrale". Masson et Cie. Paris 1929.